

RĘKAWOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA

**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Jaki jest cel operacji i oczekiwane korzyści

Nadmierna masa ciała istotnie zwiększa ryzyko rozwoju różnych chorób (cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób stawów, kamicy żółciowej), a tym samym przyczynia się do zwiększonego ryzyka śmierci. Podejmowane przez Państwa nieudane próby zmniejszenia masy ciała za pomocą leczenia zachowawczego spowodowały, że rozważacie Państwo możliwość leczenia operacyjnego, dzięki któremu możliwa będzie redukcja części nadmiernej masy ciała. Głównym celem zabiegu jest redukcja masy ciała, poprawa lub całkowite ustąpienie chorób współistniejących (np. cukrzycy typu 2), poprawa jakości życia oraz wydłużenie jego przewidywanego czasu trwania.

Przebieg operacji

1 NACIĘCIA



Wykonywane są niewielkie nacięcia, przez które wprowadza się kamerę i narzędzia.

2 UWIDOCZNIE NIE ŻOŁĄDKA



Chirurg uwalnia boczną część żołądka i ocenia jego budowę.

3 WYZNACZENIE RĘKAWA



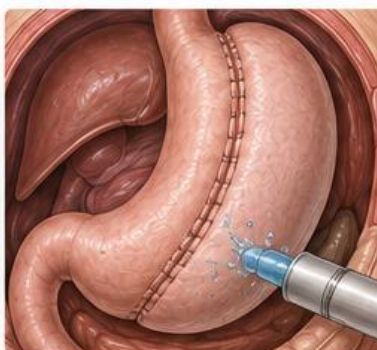
Kalibrator pomaga określić prawidłową szerokość pozostawianego żołądka.

4 ODCIĘCIE CZĘŚCI ŻOŁĄDKA



Stapler odcina większą część żołądka i tworzy szczelną linię zszywek.

5 KONTROLA SZCZELNOŚCI



Sprawdzana jest linia zszywek i szczelność nowego żołądka.

6 ZAKOŃCZENIE ZABIEGU

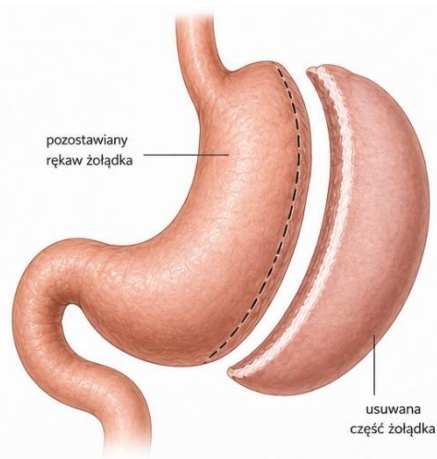


Usunięty fragment jest wydobywany, a nacięcia zamykane.

Rękawowa resekcja żołądka jest sposobem leczenia operacyjnego stosowanym na świecie od kilku lat i dotyczy chorych, u których ryzyko bardziej rozległych operacji jest szczególnie wysokie. Operacja polega na wycięciu większej części żołądka, około 80%, od strony tak zwanej krzywizny większej. Dzięki temu pozostawiona część żołądka przyjmuje kształt, który można porównać do banana. Zmniejszenie objętości żołądka ogranicza możliwość przyjmowania pokarmów. Uważa się także, że operacja zmniejsza wydzielanie przez żołądek hormonów, które pobudzają nas do spożywania pokarmów.

Przed nacięciem powłok lekarz dokona oznakowania miejsca operowanego. w trakcie zabiegu zespół będzie stosował okołooperacyjną kartę kontrolną w celu minimalizacji ryzyka pomyłek i powikłań. Po operacji konieczne jest regularne wykonywanie zalecanych badań, stosowanie się do zaleceń lekarza operującego, w tym m.in. przyjmowanie dodatkowych witamin i mikroelementów oraz stosowania odpowiedniej diety poprzez zmianę podstawowych nawyków żywieniowych. Operacja jest dopiero pierwszym krokiem w kierunku zmiany sposobu życia.

Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Państwa lekarz anestezjolog podczas odrębnej konsultacji, która zakończy się wyrażeniem odrębnej, pisemnej zgody na znieczulenie. Należy zaznaczyć, że podczas metody laparoskopowej (chirurgia minimalnie inwazyjna, tzw. "chirurgia przez dziurkę od klucza") może zaistnieć konieczność przeprowadzenia operacji w sposób tradycyjny, czyli poprzez tzw. „otwarcie” jamy brzusznej (konwersja).



Alternatywne metody leczenia

Leczenie zachowawcze otyłości z uwzględnieniem leczenia dietetycznego, farmakologicznego, fizycznego i behawioralnego. Możliwe są również inne typy zabiegów bariatrycznych, takie jak ominięcie żołądkowe (gastric by-pass). Należy jednak podkreślić, że wyniki badań naukowych wskazują na brak w chwili obecnej możliwości skutecznego leczenia zachowawczego zaawansowanych postaci otyłości.

Potencjalne możliwe powikłania

Procedura związana jest zawsze z pewnym ryzykiem powikłań. Nie można zagwarantować pełnego powodzenia dla każdego bez wyjątku. Dlatego jest bardzo ważne, aby Państwo przeczytali i zaznajomili się z listą wymienionych poniżej zagrożeń. Przed operacją lekarz przeprowadzi z Państwem rozmowę o konieczności i możliwościach planowanego zabiegu. Zanim podejmiecie decyzję należy zapoznać się z typowymi następstwami i ryzykiem związanym z proponowaną operacją.

Anatomia narządów jamy brzusznej nie jest identyczna u każdego człowieka. Z tego też powodu techniczne trudności występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą oznaczać, że pomimo starań lekarzy podczas operacji może dojść do wystąpienia powikłań. Powikłania mogą również wystąpić w pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym. Należy wymienić następujące powikłania:

- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziony, wątroby, nerwów, naczyń krwionośnych).
Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej, u chorych po przebytych rozległych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- uszkodzenie żołądka lub/i jelit (przedziurawienie).
W takim przypadku, w trakcie laparoskopii konieczne jest zazwyczaj, dla Pani/Pana dobra, otwarcie jamy brzusznej;
- krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi;

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (może to się objawiać np. zatorami tętnicy płucnej);
- krwawienia pooperacyjne i krwawe wybroczyny na skórze;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji.
Prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok;
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- nieszczelność szwu na żołądku lub jelicie, mogące prowadzić do zapalenia otrzewnej; zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę tkanek (np. odleżyny);
- owrzodzenia w miejscu szwu; zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit; uszkodzenia nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni, upośledzenie czynności jelit;
- niewielkie obrzęki, bóle w obrębie barku, brzucha i szyi, trzeszczenie skóry są przejściowymi zaburzeniami po operacjach laparoskopowych ustępującymi samoistnie po kilku dniach;

Po każdej operacji bariatrycznej wykonanej metodą „na otwarto”, a więc również po operacji laparoskopowej, podczas której zaszła konieczność otwarcia jamy brzusznej, istnieje ryzyko powstania przepukliny pooperacyjnej. Powstaje ona z reguły po kilku miesiącach, ryzyko jej powstania wynosi około 25%. W nielicznych przypadkach przepuklina może także powstać po operacjach laparoskopowych.

Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

Prognoza pooperacyjna i potencjalne odległe powikłania

Bezpośrednio po operacji rozpocznie Państwo stosowanie diety. Początkowo dozwolone będzie jedynie spożywanie płynów, przez następne produktów przecieranych. Następnie do diety stopniowo będzie można wprowadzać zwykłe pokarmy. Dieta jest niezbędna do prawidłowego zagojenia miejsca operacji. U chorych, którzy zbyt wcześnie po operacji przyjmują pokarmy stałe pojawia się ryzyko poszerzenia żołądka. Prowadzi to do mniejszej utraty masy ciała, a w niektórych przypadkach powoduje konieczność ponownej operacji. Niektóre pokarmy będą trudne do zjedzenia a większość wymagać będzie dokładnego pogryzienia. Operacja jest dopiero pierwszym krokiem w kierunku zmiany sposobu życia.

W związku z przeprowadzoną operacją pacjent zmuszony jest do znacznego ograniczenia ilości przyjmowanego jedzenia ze względu na zmniejszoną objętość żołądka. Obfite jedzenie wywołuje wymioty, w związku z czym każdy uczy się w okresie kilku do kilkunastu tygodni jak należy właściwie spożywać posiłki. Ważne jest dokładne przeżuwanie pokarmów, gdyż połknięcie dużych kęsów powoduje uczucie ucisku i zalegania w żołądku. Należy zatem zmienić zasadniczo swoje nawyki żywieniowe. Ułatwi to Państwu pozytywne spojrzenie na przeprowadzony zabieg: mimo niewielkiej ilości przyjętego jedzenia będziecie Państwo syści i nie będziecie odczuwać głodu. Na apetyt wpływać będą bodźce wzrokowe i zapachowe a nie żołądek.

Dzięki zabiegom operacyjnym można regulować przyjmowanie pokarmów w postaci stałej i półpłynnej lecz nie można regulować spożywania płynów. Aby zatem osiągnąć pożądany spadek wagi

musicie Państwo zaspokajać swoje pragnienie wyłącznie niskokalorycznymi płynami. Wykluczone jest piwo, coca-cola, mleko z dużą zawartością tłuszczu itp. O sukcesie lub porażce tego zabiegu decydujecie sami stosując się do w/w zasad żywienia. Podczas pierwszych 6-ciu miesięcy po operacji dochodzi przeciętnie do utraty około 20 - 30% nadmiernej masy ciała. Po operacji konieczne są konsultacje z lekarzem przeprowadzającym operację. Lekarz prowadzący wyznaczy Państwu terminy badań kontrolnych. W przypadku nagłej zmiany samopoczucia należy natychmiast porozumieć się z lekarzem.

Uwagi ogólne i objawy uboczne.

- **Wymioty.** Pacjenci sporadycznie wymiotują i odczuwają ból po spożyciu pokarmów. Jedząc powoli i spokojnie nauczycie się Państwo odczuwać „sygnały” sytości ze swojego żołądka. Częste wymioty są wyraźnym sygnałem ostrzegawczym.
- **Witaminy.** Wskazane jest przyjmowanie zespołu witamin podczas okresu szybkiej redukcji masy ciała. Witaminy w płynach, a w szczególności z zawartością witamin z grupy B są zalecane przynajmniej przez okres pierwszych 6 miesięcy po operacji.
- **Ciąża.** Okres pomiędzy operacją a stabilizacją masy ciała jest uważany za okres głodzenia. Podczas tego okresu ciąża nie jest wskazana.
- **Lekarstwa.** Przed połknięciem jakiegokolwiek tabletki musi ona być połamana na mniejsze kawałki lub zmiażdżona. W powszechnych schorzeniach takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca lub astma możliwa a nawet wskazana będzie redukcja przyjmowanych dawek leków. W tej sprawie powinni Państwo skonsultować się ze swoim lekarzem rodzinnym bądź specjalistą w danej dziedzinie.
- **Zaparcia.** U wielu pacjentów po operacji występują zaparcia. Wynika to głównie z faktu zredukowania objętości przyjmowanych pokarmów, co z kolei prowadzi do zmniejszenia się ilości stolców a to z kolei do zmniejszenia aktywności jelit. W przypadku, jeśli stosowanie środków przeczyszczających staje się koniecznością wskazane jest stosowanie płynnych środków.
- **Wizyty kontrolne.** Po operacji będziecie Państwo musieli regularnie uczęszczać na ambulatoryjne wizyty kontrolne. Początkowo będą one przeprowadzane co miesiąc, a następnie rzadziej. Państwa redukcja masy ciała i samopoczucie będą kontrolowane w ciągu tego okresu. Po uzyskaniu stabilnej masy ciała wizyty kontrolne będą zazwyczaj konieczne raz w roku.
- **Aktywność fizyczna.** Nie mniej ważnym jak zmiana nawyków żywieniowych będzie dla Państwa także zmiana poziomu aktywności ruchowej. W miarę ubytku masy ciała, aktywność fizyczna będzie łatwiejsza.
- **Zakaz spożywania alkoholu.** U większości chorych otyłych istnieją już przed operacją laboratoryjne i anatomopatologiczne cechy uszkodzenia wątroby- stłuszczenie. Spożywanie alkoholu po operacji może nasilić uszkodzenie wątroby, a nawet w szczególnych przypadkach prowadzić do rozwoju marskości i niewydolności tego, niezbędnego dla życia organizmu, narządu.
- **Inne powikłania.** Mogą także wystąpić inne niespecyficzne powikłania, o które możecie Państwo zapytać swojego lekarza.

Nie można zagwarantować, że wykonane zmiany anatomiczne przewodu pokarmowego będą funkcjonowały prawidłowo przez resztę życia. Zawsze istnieje ryzyko niepowodzenia operacji nawet, jeśli nie zdarzy się żadne z powyżej wymienionych powikłań. Musicie Państwo być świadomi, że prawdopodobieństwo reoperacji jest częścią składową chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej i nie może być traktowane jako powikłanie.

W przyszłości będzie możliwe wykonanie drugiego etapu operacji prowadzącego do ograniczenia trawienia i wchłaniania spożytego pokarmu poprzez zastosowanie zmian anatomicznych w obrębie przewodu pokarmowego o charakterze wyłączenia żołądkowego bądź wyłączenia żółciowo-trzustkowego. Musicie Państwo być świadomi, że prawdopodobieństwo reoperacji jest częścią składową chirurgicznego leczenia chorobliwej otyłości a ewentualna reoperacja nie może być traktowana jako powikłanie. Ewentualne trudności mogą być szybko wychwycone przez lekarza i skorygowane a pacjent wraca zazwyczaj w krótkim czasie do pełnej sprawności.

Proponowane możliwe następstwa rezygnacji z proponowanego leczenia

Wyniki badań naukowych wskazują, że brak jest w chwili obecnej skutecznych metod leczenia zachowawczego tak zaawansowanych, jak u Państwa, postaci otyłości. Biorąc powyższe pod uwagę należy się spodziewać, że wraz z upływem czasu choroba będzie postępowała, masa ciała będzie coraz większa, a to z kolei doprowadzi do rozwoju innych chorób, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie, zaburzenia lipidowe i wiele innych, które przyczyniają się do zwiększonego ryzyka zgonu.

Gdzie zgłosić się w dniu operacji

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, dowód osobisty/paszport) do Izby Przyjęć. Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z chirurgiem – operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

Przygotowanie do zabiegu

- ◆ Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergie lub jeśli przyjmujesz leki zmniejszające krzepliwość krwi (np. aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, xarelto, pradaxa, eliquis, poltixa, lixiana, INN-Edoxaban lub inne nowoczesne leki przeciwkrzepliwe) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.
- ◆ Jeśli przyjmujesz hormonalne środki antykoncepcyjne lub stosujesz hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy – poinformuj o tym lekarza. W okresie okołoperacyjnym ta metoda antykoncepcji może być niewystarczająca.
- ◆ Jeśli cierpisz na próchnicę zębów – zgłoś się do dentysty i wylecz zęby odpowiednio wcześniej.
- ◆ W przypadku stosowania na stałe leków – zabierz je ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- ◆ Ostatni posiłek powinien być zjedzony najdalej sześć godzin przed operacją.
- ◆ W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- ◆ Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka, kapci (klapki pod prysznic), ręcznika, a także przyborów toaletowych.
- ◆ Prosimy **NIE GOLIĆ** miejsca operowanego, uczyni to fachowy personel bezpośrednio przed operacją. Golenie w domu powoduje ryzyko **zakażenia** ran operacyjnych i może być przyczyną **odmowy przyjęcia** pacjenta do szpitala!
- ◆ Wykluczyć ciążę
- ◆ Palacze tytoniu powinni zaprzestać palenia w okresie okołoperacyjnym. Palenie powoduje skurcz naczyń krwionośnych, co utrudnia gojenie rany oraz pogarsza wydolność oddechową, co powoduje wzrost częstości powikłań oddechowych po operacji.

W wyznaczonym terminie, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anesteziologiem, podczas której zostanie ustalony sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi (które przyjmować, a które odstawić przed zabiegiem). Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego.

- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Ranę należy chronić przed zabrudzeniem lub urazem za pomocą opatrunku. Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. Przez 48 godzin po operacji należy unikać zamoczenia rany, dlatego zaleca się prysznic zamiast kąpeli w wannie. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Przez kilkanaście dni występuje niewielki obrzęk oraz bolesność okolicy operowanej. Stosowane rutynowo tabletki przeciwbólowe pozwalają na praktycznie bezbólowe i szybkie uruchomienie. Obrzęk i bolesność ustępują w ciągu kilkunastu dni po zabiegu.
- **Wizyta kontrolna zwykle odbywa się po 7-10 dniach od zabiegu** i polega na kontroli gojenia rany oraz usunięciu szwów skórnych. Powstała blizna jest mało widoczna i łatwo ukryć ją pod bielizną. Zabieg nie powoduje upośledzenia aktywności i umożliwia powrót do codziennego życia i pracy w ciągu kilku - kilkunastu dni od zabiegu.

WSTĘPNY PLAN OPIEKI I LECZENIA

W oparciu o badanie podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę oraz oszacowanie ryzyka, lekarz kwalifikujący ustalił dla Pani/Pana następujący plan postępowania przed, w trakcie i po hospitalizacji:

DZIAŁANIA PRZEDOPERACYJNE (DIAGNOSTYKA I PRZYGOTOWANIE W DOMU):

- **KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:** Należy zgłosić się celem ustalenia terminu konsultacji na ok. 7-10 dni przed operacją. Na wizycie zostanie ustalony sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi.
- **DIAGNOSTYKA:** Na ok. 7 dni przed zabiegiem należy wykonać obowiązkowy pakiet badań w laboratorium SALUS.
- **LEKI:** Należy poinformować chirurga o chorobach przewlekłych i przyjmowaniu leków przeciwwkrzepliwych. Leki przyjmowane na stałe należy zabrać w oryginalnych opakowaniach.
- **HIGIENA I STOMATOLOGIA:** Wcześniej należy wyleczyć próchnicę zębów. W dniu zabiegu należy wykonać kąpiel całego ciała. **PROSIMY NIE GOLIĆ miejsca operowanego** – uczyni to personel bezpośrednio przed zabiegiem (golenie w domu zwiększa ryzyko zakażenia i może być przyczyną odmowy przyjęcia do szpitala).
- **STYL ŻYCIA:** Należy zaprzestać palenia tytoniu w okresie okołoperacyjnym (utrudnia gojenie i pogarsza wydolność oddechową).
- **DIETA:** Ostatni posiłek należy zjeść najpóźniej 6 godzin przed operacją.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE:** W dniu operacji należy zgłosić się do Izby Przyjęć z kompletem dokumentów (skierowanie, zgoda, dowód osobisty/paszport).
- **MONITOROWANIE:** Po operacji pacjent trafia na Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego na Bloku Operacyjnym. Parametry życiowe i ból są monitorowane przez pielęgniarki.
- **URUCHAMIANIE:** Stosowane rutynowo leki przeciwbólowe pozwalają na szybkie i praktycznie bezbolesne uruchomienie.
- **ŻYWIENIE W ODDZIALE:** Bezpośrednio po operacji dozwolone jest wyłącznie spożywanie płynów.

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **TRANSPORT:** Należy zapewnić sobie transport do domu (zakaz prowadzenia pojazdów i korzystania z komunikacji publicznej bezpośrednio po wypisie).
- **PIELĘGNACJA RANY:** Opatrunki zmieniać codziennie, przemywając rany środkiem odkażającym (np. octenisept). Przez pierwsze 48h unikać zamoczenia rany (prysznic jest zalecany zamiast kąpieli w wannie). W razie gorączki lub obrzęku rany skontaktować się z lekarzem.
- **DIETA I SUPLEMENTACJA:** Stopniowe wprowadzanie produktów przecieranych, a następnie zwykłych pokarmów (wszystko wymaga dokładnego pogryzienia). Obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu (ryzyko marskości wątroby) oraz napojów wysokokalorycznych. Konieczne przyjmowanie witamin (szczególnie z grupy B) przez min. 6 miesięcy.
- **STYL ŻYCIA:** Powrót do pracy po kilku-kilkunastu dniach. Wskazana zwiększona aktywność fizyczna wraz z ubytkiem masy ciała. Unikanie ciąży w okresie szybkiej redukcji wagi.
- **WIZYTY KONTROLNE:** Pierwsza zwykle po 7-10 dniach (kontrola gojenia, usunięcie szwów). Kolejne wizyty początkowo co miesiąc, po stabilizacji wagi – raz w roku.
- **BEZPIECZEŃSTWO:** W razie nagłej zmiany samopoczucia (do 30 dni od wypisu) szpital zapewnia możliwość szybkiej konsultacji lub rehospitalizacji (miejsce i numer telefonu w karcie informacyjnej).

ZGODA NA OPERACJĘ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Z pacjentką(em) przeprowadziłem rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, oczekiwane korzyści, jego przewidywany przebieg, ryzyko i ocenę zagrożeń, możliwe powikłania (w tym skutki odległe) oraz alternatywne metody leczenia i skutki odmowy leczenia. Pacjent miał możliwość zadawania pytań, na które uzyskał wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, dających się przewidzieć konsekwencjach (w tym skutkach odległych) oraz skutkach rezygnacji z leczenia i zaakceptowałem/am przedstawiony powyżej wstępny plan opieki
3. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu.
4. Poinformowano mnie o prawie do leczenia bólu i stosowania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dla mojego bezpieczeństwa.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania (konwersji do metody otwartej), na co wyrażam zgodę.
6. Potwierdzam, że miałem/am czas na zapoznanie się z treścią niniejszej informacji i planu opieki w domu przed podjęciem decyzji.
7. Potwierdzam, że zapoznałem się z treścią „Regulaminu oddziału szpitalnego SALUS” i zobowiązuję się stosować do jego zapisów.
8. Ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i nie zataiłem/am istotnych informacji o stanie zdrowia.
9. Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji z zabiegu w każdym czasie, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
10. Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiotwórczych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na operację rękawowej resekcji żołądka.

..... Imię i nazwisko pacjenta (CZYTELNIE)

..... Data i godzina podpisania zgody

..... Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS**§ 1**

Zadaniem Oddziału Szpitalnego SALUS jest wykonywanie usług zdrowotnych, obejmujących diagnozowanie i leczenie oraz opiekę pielęgniarską w ramach leczenia zamkniętego.

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarskiego. Nadzór nad pracą personelu medycznego sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych oraz Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

§ 3

Oddziałem kieruje Ordynator, którego zadaniem jest zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla działania oddziału, nadzór nad przestrzeganiem zasad współczesnej wiedzy medycznej, przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji. Ordynator prowadzi również nadzór nad monitorowaniem i zapobieganiem zakażeniom szpitalnym.

§ 4

Ordynator wykonuje swoje funkcje przy pomocy pielęgniarki oddziałowej, której podstawowym zadaniem jest zapewnienie najlepszej opieki oraz warunków pobytu chorym. Pielęgniarka oddziałowa realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którym zarządza, nadzoruje i jest odpowiedzialna za ich stan wiedzy fachowej oraz poziom etyczny. Pielęgniarka oddziałowa współdziała z lekarzami i właściwym personelem fachowym w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych.

§ 5

Lekarze specjaliści w ramach wykonywania świadczeń ambulatoryjnych kwalifikują chorych do leczenia szpitalnego, decydują o sposobie leczenia i samodzielnie wykonują zabiegi operacyjne, jak również, przy udziale lekarza anestezjologa ustalają postępowanie pooperacyjne, a następnie prowadzą leczenie ambulatoryjne, aż do całkowitego wyleczenia. Przy wykonywaniu powyższych czynności, lekarze specjaliści obowiązani są do przestrzegania przyjętych standardów i procedur w postępowaniu profilaktyczno-leczniczym oraz przestrzegania zaleceń krajowego nadzoru specjalistycznego.

§ 6

Pielęgniarka dyżurna wykonuje zlecenia lekarskie, prowadzi obserwację i pielęgnację chorych. Przy wykonywaniu zleceń i czynności pielęgnacyjnych, przestrzega ustalonych standardów i procedur postępowania.

ZASADY POBYTU I ODWIEDZIN W ODDZIALE

§ 7

Oddział Szpitalny SALUS zapewnia warunki i możliwość całodobowego przebywania na jego terenie rodzinie, bliskim i opiekunom pacjenta. Pacjenci oddziału mają możliwość spotkania się z osobami odwiedzającymi w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu lub miejscu w oddziale. Osoby małoletnie mogą odwiedzać pacjentów tylko pod opieką dorosłego, który ponosi za nie pełną odpowiedzialność. W sytuacjach wyjątkowych (np. epidemiologicznych) odwiedzanie chorych przez bliskich może być decyzją Ordynatora lub Dyrektora Medycznego ograniczone lub wstrzymane. **Nie jest dozwolone przebywanie rodziny, bliskich i opiekunów pacjenta na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.**

§ 8

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i za pośrednictwem Internetu z osobami z zewnątrz, jak również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby bliskie lub inne wskazane, dlatego krewni lub opiekunowie na życzenie pacjenta mogą uczestniczyć w opiece nad nim. Zakres i czas opieki ustalany jest indywidualnie, w porozumieniu z Ordynatorem, lekarzem prowadzącym oraz z pielęgniarką.

Czynności rekomendowane i możliwe do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa)
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych i pielęgnacyjnych (higiena ciała)
- karmienie, ściśle według określonej przez Ordynatora lub lekarza diety (z wyłączeniem pacjentów mających trudności w połykaniu)
- uczestniczenie w procesie mobilizacji i rehabilitacji pozabiegowej w porozumieniu z lekarzem i rehabilitantem (spacer po korytarzu, sadzanie w łóżku).

Zakazane czynności do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- wejście na blok operacyjny / sale operacyjne i sale nadzoru pooperacyjnego
- jakakolwiek ingerencja w zasady leczenia i farmakoterapii

§ 9

Pacjenci winni zgłaszać personelowi medycznemu wszelkie swoje dolegliwości, a także, gdy okoliczności tego wymagają, a możliwości pozwalają, dolegliwości innych pacjentów, mogące wskazywać na potrzebę pilnej pomocy.

§ 10

Pacjenci przed zabiegami powinni zgłaszać personelowi medycznemu fakt ewentualnego spożycia posiłku lub napoju.

§ 11

Pacjenci po zabiegach:

- siadają w łóżkach i/lub wstają z łóżek wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego
- spożywają pierwszy posiłek i wypijają napoje na podstawie decyzji personelu medycznego
- opuszczają oddział po otrzymaniu wypisu (Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego) lub na własne żądanie – wyłącznie po zgłoszeniu lekarzowi prowadzącemu, lekarzowi dyżurnemu lub Ordynatorowi i po odnotowaniu powyższego faktu w dokumentacji medycznej

§ 12

W Oddziale Szpitalnym SALUS zabronione jest:

- bieganie (dzieci) z wyjątkiem sytuacji wymagających pilnej interwencji
 - wnoszenie i spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów
 - wnoszenie i pozostawianie w pokojach produktów spożywczych łatwo psujących
 - wnoszenie i używanie wszelkich urządzeń zakłócających spokój pacjentów i pracę personelu
 - zachowywanie się w sposób głośny, wulgarny i/lub stwarzający zagrożenie dla innych
 - jakiegokolwiek zakłócanie i ingerowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem bez wiedzy i zgody upoważnionego personelu medycznego
 - fotografowanie i filmowanie osób znajdujących się na terenie oddziału szpitalnego (art. 20 u.p.p.)
- Wszelkie odstępstwa od wymienionych zasad dopuszczalne są wyłącznie za zgodą Ordynatora lub innego upoważnionego personelu medycznego Oddziału Szpitalnego SALUS.

§ 13

Produkty spożywcze łatwo psujące przyniesione przez krewnych pacjentów mogą być przechowywane wyłącznie w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce, znajdującej się w szpitalnej kuchni. Pozostałe produkty spożywcze i inne mogą być przechowywane w szafkach przy łóżkach szpitalnych. Pacjenci spożywający własne pokarmy lub napoje nie powinni częstować innych pacjentów bez zgody personelu medycznego.

§ 14

Pacjenci przebywający na terenie Oddziału Szpitalnego SALUS mają zapewnioną możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym. Mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, bezprzewodowego telefonu stacjonarnego na oddziale oraz bezprzewodowego internetu WI-FI. Komunikacja z otoczeniem zewnętrznym powinna być prowadzona bez zakłócania spokoju oraz procesu leczenia i opieki pozostałych pacjentów i personelu medycznego.

§ 15

Pacjenci obcojęzyczni i głuchoniemi mają zapewnioną całodobową możliwość porozumiewania z personelem medycznym. Z uwagi na planowy tryb leczenia, dyżury podczas pobytu pacjentów, wymagających komunikacji w języku obcym lub migowym obsadzone są przez personel medyczny porozumiewający się w danym języku lub za zgodą obu stron na czas pobytu pacjenta zatrudniony jest tłumacz.

§ 16

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS mają prawo do korzystania z opieki duszpasterskiej. Na życzenie pacjenta lub jego najbliższych personel oddziału skontaktuje się telefonicznie z duchownym wskazanego wyznania.

§ 17

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS, ich rodzina, bliscy i opiekunowie mają prawo do składania skarg, wniosków i uwag ustnie - Ordynatorowi lub zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub pisemnie – listownie, mailem lub z wykorzystaniem skrzynek na opinie pacjentów, znajdujących się w szpitalu i przychodni SALUS.