

BADANIE OPINII PACJENTA NA TEMAT PLANOWANEGO LECZENIA**DANE OSOBOWE CHOREGO**

Imię i nazwisko

PESEL

I. PROSZĘ ZANACZYĆ ISTOTNE DLA PANA/PANI POWODY, KTÓRE MIAŁY WPŁYW NA DECYZJĘ O WYBORZE SZPITALA**SZPITAL I PERSONEL**

- | | | | | | |
|----|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Wyjaśnienie rodzaju choroby i szczegółów operacji przez chirurga |
| 2. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Obiektywne wyjaśnienie przez chirurga możliwych powikłań pooperacyjnych |
| 3. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Porada pielęgniarki lub innego personelu szpitala |
| 4. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Warunki lokalowe w szpitalu |
| 5. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Jakość leczenia w szpitalu |

ZABIEG OPERACYJNY

- | | | | | | |
|-----|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 6. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Możliwość operacji w jeden dzień |
| 7. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Położenie szpitala blisko Pana/Pani domu |
| 8. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Użycie siatki (<i>implantu syntetycznego</i>) |
| 9. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Doświadczenie lekarzy w laparoskopii |
| 10. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Użycie znieczulenia miejscowego |
| 11. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Koszty leczenia (<i>dotatkowa dopłata</i>) |

OKRES POOPERACYJNY

- | | | | | | |
|-----|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 12. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Występowanie bólu |
| 13. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Wczesny powrót do codziennej aktywności (<i>wstawanie, chodzenie, jedzenie</i>) |
| 14. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Wczesny powrót do pełnej aktywności (<i>sport, praca fizyczna</i>) |

ODLEGŁY OKRES PO OPERACJI (*miesiące/lata*)

- | | | | | | |
|-----|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 15. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Efekt kosmetyczny |
| 16. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Długo trwające dolegliwości bólowe |
| 17. | <input type="checkbox"/> bardzo ważne | <input type="checkbox"/> ważne | <input type="checkbox"/> nieważne | <input type="checkbox"/> nie wiem | Nawrót przepukliny |

II. PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ NAJLEPIJ OPISUJĄCĄ PANA/PANI OPINIĘ NA PONIŻSZE STWIERDZENIA

- | | | | |
|----|---|-------------------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK | <input type="checkbox"/> raczej TAK | Przepuklina to poważny problem w moim życiu |
| | <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE | <input type="checkbox"/> raczej NIE | |
| 2. | <input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK | <input type="checkbox"/> raczej TAK | Przepuklina wpływa na moją codzienną pracę |
| | <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE | <input type="checkbox"/> raczej NIE | |
| 3. | <input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK | <input type="checkbox"/> raczej TAK | Przepuklina wpływa na moje życie towarzyskie (<i>spotkania ze znajomymi, udział w przyjęciach, zabawach, tańce</i>) |
| | <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE | <input type="checkbox"/> raczej NIE | |
| 4. | <input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK | <input type="checkbox"/> raczej TAK | Przepuklina negatywnie wpływa na moje życie seksualne |
| | <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE | <input type="checkbox"/> raczej NIE | |
| 5. | <input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK | <input type="checkbox"/> raczej TAK | Operacja przepukliny to łatwy zabieg |
| | <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE | <input type="checkbox"/> raczej NIE | |

6.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Każdy chirurg może zoperować przepuklinę
7.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Wyższą jakość operacji przepukliny można uzyskać w szpitalu, który prowadzi badania własnych wyników leczenia
8.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Przepuklinę można wyleczyć w czasie jednego dnia pobytu w szpitalu
9.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Przepuklinę można wyleczyć w znieczuleniu miejscowym
10.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Siatka musi być użyta do zabiegu
11.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Laparoskopia jest lepsza dla chorego (<i>niezależnie z jakich przyczyn</i>)
12.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Laparoskopia jest bardziej niebezpieczna dla chorego z powodu możliwych poważnych komplikacji
13.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Po zabiegu mogą wystąpić powikłania takie jak krwiak, obrzęk lub infekcja rany
14.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Po zabiegu mogą wystąpić inne powikłania (<i>np. niepłodność, martwica jądra, ból w trakcie kontaktów seksualnych</i>)
15.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	W ciągu 5-10 lat po zabiegu ryzyko nawrotu jest wysokie – powyżej 5%
16.	<input type="checkbox"/> zdecydowanie TAK <input type="checkbox"/> zdecydowanie NIE	<input type="checkbox"/> raczej TAK <input type="checkbox"/> raczej NIE	Dolegliwości bólowe po zabiegu mogą utrzymywać się czasem nawet ponad rok po zabiegu

III. GDYBY OPERACJA NIE SPEŁNIŁA WSZYSTKICH PANA/PANI OCZEKIWAŃ, CO WYBRAŁBY PAN/PANI NAJCHĘTNIEJ?

W KAŻDYM PYTANIU PROSZĘ ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNO STWIERDZENIE.

- Wolę mieć zabieg w szpitalu blisko mojego domu, aby czuć się pewnie w okresie pooperacyjnym
lub
 Wolę poszukać specjalistycznego szpitala, nawet w innym mieście, aby mieć zabieg o wyższej jakości
- Wolę zabieg w lokalnym szpitalu, aby wszystkie koszty pokryte były przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)
lub
 Wolę opiekę specjalisty w lepszym szpitalu, nawet jeśli miałbym do tego trochę dopłacić
- Chcę być dobrze wyleczony, niezależnie ile czasu to zabierze
lub
 Chcę być dobrze leczony, ale zależy mi na szybkim powrocie do zdrowia
- Wolałbym laparoskopię z powodu kosmetycznego (*mniejsza blizna*) i możliwości szybszego powrotu do pełnej aktywności
lub
 Nie zdecydowałbym się na laparoskopię z powodu możliwości większych powikłań, nawet jeśli osiągnąłbym sprawność nieco szybciej
- Jeśli miałbym wybrać, wolałbym nawrót przepukliny po kilku latach niż obecność niewielkiego długotrwałego bólu po zabiegu
lub
 Zaakceptowałbym niewielki ból, jeśli miałbym pewność że przepuklina nie nawróci
- Wolę długotrwałe leczenie niż siatkę syntetyczną w moim ciele
lub
 Nie widzę problemu w posiadaniu implantu syntetycznego (siatki)