



.....
(Pieczęć oddziału)

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

Imię i nazwisko

PESEL* Data ur. / / Płeć M K

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej:

Lekarz prowadzący:

Rozpoznanie:

I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE PRZEZODBYTNICZE

II. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do zabiegu diagnostycznego, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....
(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)

.....

.....

.....

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Procedura diagnostyczna USG przezodbytnicze (transrektalne - TRUS) nie jest zabiegiem leczniczym lecz badaniem diagnostycznym mającym na celu właściwą ocenę zaawansowania Pana/Pani choroby i właściwą kwalifikację do późniejszego leczenia. Badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym żelem z lignokainą. Jak każde badanie USG jest ono badaniem subiektywnym, a więc trafność rozpoznania uzależniona jest m.in. od doświadczenia badającego i wynik badania zawsze może być obarczony błędem, który może mieć wpływ na późniejsze leczenie. Dotyczy to w szczególności oceny guzów/raków odbytnicy. Na podstawie USG transrektalnego podejmowana jest decyzja o włączeniu bądź nie przedoperacyjnej radio/chemioterapii.

Technicznie procedura polega na założeniu sztywnej mechanicznej sondy do odbytnicy do głębokości badanej zmiany i wykonaniu badania ultrasonograficznego.

W przypadku oceny przetok okołodbytniczych podczas badania podawany jest kontrast, którym jest woda utleniona mogąca krótkotrwale powodować uczucie pieczenia lub ból.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Tomografia komputerowa miednicy jest alternatywną metodą oceny zmian o typie guza, jest jednak mniej dokładna w ocenie zmian o niższym stopniu zaawansowania.

Tomografia rezonansu magnetycznego jest badaniem o porównywalnej czułości i swoistości jak TRUS.

Obie wymienione metody obarczone są również ryzykiem błędu wynikającym m.in. z doświadczenia badającego

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Badanie przebiega w znieczuleniu miejscowym żelem z lignokainą w pozycji leżącej na boku lub w pozycji litotomijnej. Podczas zabiegu chory ma zapewnione poczucie intymności.

Badanie wiąże się z małym ryzykiem powikłań.

Możliwe powikłania to:

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźnej) lub HIV;
- reakcje alergiczne związane z wykorzystanym żelem znieczulającym, kontrastem, osłonami lateksowym

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....
.....
.....

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Bepośrednio po badaniu będzie Pan/Pani mogła normalnie jeść i pić.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z wykonania procedury diagnostycznej ma niekorzystny wpływ na właściwą kwalifikację chorego do leczenia, a więc może w istotny sposób wpłynąć na jego wyniki.

Ocena zaawansowania miejscowego jest szczególnie ważna w przypadku guzów nowotworowych, gdyż wpływa na prawidłowe zaplanowanie leczenia choroby nowotworowej, a tym samym na jego efektywność i przeżycie pacjenta.

IX. Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je poniżej:

.....
.....
.....

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu**)**

.....
.....
.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*

*** niepotrzebne skreślić*