



FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL*

Data ur.

Płeć

M

K

Adres

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej

Lekarz nadzorujący

Rozpoznanie

INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM

Cystoskopia

Jest to zabieg endoskopowy polegający na wziernikowaniu pęcherza moczowego za pomocą wprowadzonego przez cewkę moczową urządzenia (cystoskopu). W czasie tego zabiegu można diagnozować choroby cewki moczowej, pęcherza (guzy, kamienie, ciała obce), prostaty, pobrać wycinki do badania histopatologicznego, ocenić pojemność pęcherza, założyć lub usunąć cewnik moczowodowy lub typu „s” (cewnik DJ) - jest to cewnik wewnętrzny pozostawiany po zabiegu w moczowodzie na okres od kilku dni do kilku tygodni. Cewnik DJ to cienka rurka wykonana z tworzywa sztucznego. Jest on wprowadzany do moczowodu tak, że jednym końcem jest zwinięty w nerce, a drugi jego koniec znajduje się w pęcherzu moczowym. Wprowadzenie cewnika ma na celu zapewnienie prawidłowego odpływu moczu z nerki po przebytych zabiegach URS, umożliwia prawidłowe wygojenie moczowodu po przebytych kruszeniach kamienia, lub zapewnia odpływ z nerki przy chorobach powodujących zwężenie światła moczowodu (blizna po naświetlaniach, choroby zapalne i nowotworowe, uraz). Jeśli planuje się pozostawienie cewnika DJ przez okres 1-2 tygodni pozostawia się wyprowadzoną na zewnątrz cewki moczowej cienką nitkę, przymocowaną do końca cewnika znajdującego się w pęcherzu moczowym. Umożliwia to łatwe usunięcie cewnika w warunkach ambulatoryjnych bez konieczności wprowadzania do pęcherza cystoskopu. Nitka pozostawiona na zewnątrz cewki moczowej nie powoduje poważniejszych dolegliwości, ale wymaga od pacjenta ostrożnego postępowania, szczególnie podczas czynności higienicznych, aby uniknąć przypadkowego, przedwczesnego usunięcia cewnika DJ. Jeśli cewnik DJ jest implantowany na dłuższy okres czasu, wówczas nie pozostawia się na zewnątrz cewki nitki. Wówczas usunięcie cewnika wymaga wykonania wziernikowania pęcherza moczowego (cystoskopii). Termin tego zabiegu zostanie ustalony w dniu wypisania Pani/Pana do domu.

Przed zabiegiem - cystoskopią Pacjent musi być na czczo (nie jeść i nie pić co najmniej pięć godzin przed zabiegiem). Badana osoba jest układana na przeznaczonym do tego celu fotelu (wyglądającym jak fotel do badania ginekologicznego). Zabieg może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym, dożylnym lub podpajęczynówkowym. Tydzień przed zabiegiem pacjent nie może przyjmować leków przeciwzakrzepowych takich jak Accard, Polocard, Aspiryna, Plavix, Acenocumarol, Warfin i inne podobne leki. Zażywanie tych leków może doprowadzić do krwotoku po zabiegu. W razie konieczności zażywania leków rozrzedzających krew należy w/w leki, przez tydzień przed zabiegiem, zamienić na lek Clexan lub Fraxiparynę. Zamianę leku dokonuje lekarz, który zlecił zażywanie leków przeciwzakrzepowych.

Objawy mogące pojawić się po zabiegu endoskopowym:

- Ból cewki moczowej spowodowany wprowadzeniem endoskopu
- Krwiomocz, który najczęściej ustępuje po 24 godzinach
- Ból lub pieczenie przy oddawaniu moczu
- Podwyższona temperatura

Jeżeli objawy te nie ustępują lub nasilają się należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

Ryzyko ogólne związane z zabiegiem cystoskopii:

- Może wystąpić infekcja wymagająca leczenia antybiotykami
- Po zabiegu może wystąpić krwawienia wymagające ponownej operacji. Krwawienie jest częstsze u pacjentów stosujących takie leki jak: Warfarin, Asprin, Clopidogrel, Dipyridamole
- Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc
- Zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej
- Ryzyko wystąpienia zatorowości płucnej
- Może wystąpić zawał mięśnia sercowego bądź udar związany z nadmiernym wysiłkiem mięśnia sercowego
- Mogą wystąpić inne powikłania z zakresu chorób układu krążenia i układu oddechowego
- Istnieje ryzyko wystąpienia zgonu związanego z operacją

Ryzyko charakterystyczne dla proponowanej operacji:

Może wystąpić reakcja alergiczna na znieczulenie. Podczas zabiegu może dojść do uszkodzenia pęcherza moczowego wymagającego wykonania operacji chirurgicznej (otwarcie pęcherza w celu zatrzymania krwawienia). Uszkodzenie w czasie zabiegu cewki moczowej może wymagać leczenia operacyjnego czasem wieloetapowego. W przypadku nadmiernego krwawienia, może wystąpić konieczność przetoczenia krwi.

Może dojść do zwężenia cewki moczowej z powodu powstania blizny. Infekcja moczu może wymagać antybiotykoterapii. Po zabiegu czasowo (kilka dni) może wystąpić konieczność założenia cewnika do pęcherza moczowego. Ból i obrzęk ujścia cewki może trwać od kilku godzin do kilku dni.

Świadoma zgoda pacjenta na zabieg operacyjny.

Lekarz poinformował mnie o stanie mojego zdrowia, o planowanej operacji, wraz z możliwością rozszerzenia operacji, jeżeli zajdzie taka potrzeba. Rozumiem ryzyko związane z operacją oraz ryzyko związane ze stanem ogólnym mojego zdrowia i moimi chorobami. Zostałem poinformowany o mojej prognoście i ryzyku związanym z niepodjęciem leczenia operacyjnego. Lekarz nie gwarantuje, że operacja poprawi stan mojego zdrowia, pomimo prawidłowego, starannego przeprowadzenia operacji. Operacja może być przeprowadzona przez lekarza odbywającego staż specjalizacyjny z urologii. Oświadczam, że miałem możliwość zadania pytań dotyczących operacji, stanu mojego zdrowia i uzyskałem na nie wystarczające, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi.

Jeśli chce Pan/Pani uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z personelem oddziału

Oddział

Gabinet lekarski – tel.

Sekretariat – tel.

lub zgłosić się do Poradni Urologicznej

Poradnia Urologiczna – tel.

Formularz świadomej zgody na cystoskopię

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi przez lekarza podczas wspólnej rozmowy.

Lekarz udzielił mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu.

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie – CYSTOSKOPIA/ usunięcie/założenie/wymiana cewnika S oraz wykonanie innej niż zaplanowano/ rozszerzonej operacji w sytuacji, jeśli będzie tego wymagało ratowanie mojego życia lub zapobieżenie poważnym powikłaniom. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

Wyrażam zgodę na przetaczanie preparatów krwi oraz leków krwiopochodnych.

Jeśli po przeczytaniu niniejszego dokumentu ma Pan jakieś pytania do lekarza prowadzącego, proszę napisać je poniżej.

1.

.....

.....

2.

.....

.....

3.
.....
.....

4.
.....
.....

Miejscowość, data

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

Stwierdzam, że odpowiedziałem na wszystkie pytania zadane mi przez wyżej podpisanego chorego, dotyczące jego stanu zdrowia oraz planowanej operacji, zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Forma udzielonej informacji pozwoliła choremu na jej pełne zrozumienie.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

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