

Formularz świadomej zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego w Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej SPSK4 w Lublinie.

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACJĘ ENDOSKOPOWĄ PRZESKÓRNEJ NEFROLITOTRYPSJI (PCNL)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

PESEL:

Nr historii choroby:

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pana wskazania do operacji endoskopowej przezskórną nefrolitotrypsję (PCNL). W Pana przypadku leczenie farmakologiczne nie może przynieść poprawy stanu zdrowia oraz samoistne wydalanie złoгу, dlatego konieczne jest leczenie operacyjne. W nerce znajduje się złoг, który jest przyczyną Pani/Pana dolegliwości, nieleczony może spowodować utrzymywanie się stanu zapalnego w obrębie dróg moczowych, upośledzać funkcję nerki, a u niektórych pacjentów spowodować nawet wystąpienie urosepsy, a w konsekwencji zgon.

2. PROPONOWANA PRZESKÓRNEGO KRUSZENIA ORAZ USUWANIA ZŁOGU Z NERKI (PCNL).

Operację wykonuje się w znieczuleniu podpajeczynówkowym w ułożeniu na brzuchu. Przed zabiegiem konieczne jest w prowadzenie do układu moczowodowo-kielichowego sondę. Wprowadza się ją przez cewkę moczową, pęcherz moczowy wprost do operowanej nerki. Podczas zabiegu operator podaje przez nią kontrast, który pozwala uwidocznic UMK, co ułatwia wykonanie dostępu do nerki. Pod kontrolą promieniowania rentgenowskiego operator nakłuwa nerkę, a następnie uzyskuje dostęp do operowanej nerki. Po wykonaniu kanału roboczego wprowadzony jest do UKM nerki operowanej nefroskop oraz wykonywany jest zabieg kruszenia złoгу. Po usunięciu złoгу, w świetle UKM nerki operowanej pozostaje nefrostomia, która pozostaje przez okres kilku dni po operacji. W wybranych przypadkach zaawansowanej kamicy konieczne jest pozostawienie nefrostomii na dłuży okres czasu, Np. do drugiego etapu.

Do alternatywnych metod leczenia należy ESWL, operacja otwarta lub laparoskopowa.

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

1. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Zabieg PCNL jest zbiegiem bezpieczny, jednak w pewnych wypadkach mogą wystąpić powikłania takie jak: **krwotok, zakażenie układu moczowego lub infekcja uogólniona, uszkodzenie mięszu nerki z osłabieniem jej funkcji lub pojawienie się przetoki tętniczo-żyłnej, brak ustąpienia dolegliwości, nawrót choroby konieczność konwersji do operacji otwartej z koniecznością usunięcia operowanej nerki. Zgon.**

Część z wymienionych komplikacji może wymagać ponownego zabiegu, operacji otwartej lub konieczności przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych.

Opisane powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych bez względu na ich rodzaj lub zakres.

2. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytał nas Pan o wszystko, co chciałby Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie dodatkowe informacje dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PRONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO
.....
.....
...

3. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA OPERACJI WYSTĘPUJĄCE PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie operacji możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażanie zgody także i na taką okoliczność. Przy braku Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pana zdrowia. Koniczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

4. OŚWIADCZENIE PACJENTA/PACJENTKI

W pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas

rozmowy z lekarzem

(imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji - Klinika)

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi. Po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmową wyjaśniającą z lekarzem oświadczam, że jestem w pełni poinformowany/poinformowana co do:

- rozpoznania,
- proponowanego zabiegu oraz alternatywnych metod postępowania,
- spodziewanych wynikach zabiegu,
- rokowań,
- ryzyka powikłań, których jestem w pełni świadomy.

1) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

.....

jak również na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu.

.....

Data i podpis lekarza

.....

Data i podpis pacjenta/pacjentki

2) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

.....

Zgoda nie obejmuje ewentualności zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu.

.....

Data i podpis lekarza

.....

Data i podpis pacjenta/pacjentki

3) Nie wyrażam zgody na proponowany zabieg

.....

Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

Data i podpis lekarza

.....

Data i podpis pacjenta/pacjentki

4) Podpisanie formularza przez pacjenta/pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....

.....

Data i podpis lekarza