

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 USUNIĘCIA WODNIAKA JĄDRA PRAWEGO/LEWEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

PESEL:

Nr historii choroby:

RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pana wskazania do operacji usunięcia wodniaka jądra. W Pana przypadku leczenie farmakologiczne nie może przynieść poprawy stanu zdrowia dlatego konieczne jest leczenie operacyjne.

1. PROPONOWANA METODA USUNIĘCIA WODNIAKA JĄDRA

Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub podpajęczym w ułożeniu pacjenta w pozycji na plecach. Operator nacina skórę moszny, dociera do wodniaka, wycina ściany osłonek jądra, a następnie wykonuje ich koagulację i zeszcipie. Zabieg ten umożliwia utrzymywanie podstawowych funkcji tego narządu.

W wybranym schorzeniu leczeniem alternatywnym u wybranych pacjentów jest wykonanie punkcji wodniaka.

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

1. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Operacja usunięcia wodniaka jest bezpieczna, jednak w pewnych wypadkach mogą wystąpić powikłania takie jak: **krwotok z koniecznością ponownej operacji, zapalenie jądra, zakażenie rany pooperacyjnej, zakażenie układu moczowego, sepsa, zmiany zakrzepowozatorowe.**

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 informację - 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