

Imię i nazwisko pacjenta.....

## **ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA** **na zabieg elektroresekcji przezcewkowej guza pęcherza moczowego** **/TURBT/**

**Imię i nazwisko:**

.....

.....

**PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na podstawie przeprowadzonej dotychczas diagnostyki obrazowej stwierdzono u Pani/ Pana guz pęcherza moczowego. W takiej sytuacji postępowaniem z wyboru jest zabieg przezcewkowej elektroresekcji guza- jako postępowanie diagnostyczne /pozwalające postawić rozpoznanie histologiczne/, jak również postępowanie lecznicze /wycięcie guza, zahamowanie krwawienia z guza/.

### **Na czym polega zabieg TURBT?**

TURBT , czyli przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza moczowego jest zabiegiem przeprowadzanym w znieczuleniu ogólnym lub podpajęczynówkowym. Polega na endoskopowym /cystoskopia/ , wzornikowym oglądaniu wnętrza pęcherza moczowego za pomocą wzornika zwanego resektoskopem, wprowadzonego przez cewkę moczową. A następnie w przypadku potwierdzenia guza pęcherza moczowego przeprowadzana jest resekcja /wycięcie/ nieprawidłowej tkanki i elektrokoagulacja krwawiących naczyń krwionośnych. Wycięty materiał tkankowy jest następnie przekazywany do badania histologicznego.

Zabieg przeprowadzany jest na fotelu urologicznym w pozycji leżącej na plecach, z kończynami dolnymi zgiętymi i ułożonymi na specjalnych podporach (tzw. pozycja ginekologiczna)

### **Rodzaje możliwych powikłań:**

W trakcie i po wykonaniu zabiegu TURBT, jak ma to miejsce w przypadku każdej inwazyjnej procedury medycznej, możliwe są powikłania. Wystąpić mogą:

- przejściowe krwawienie z tamponadą pęcherza moczowego włącznie, wymagające czasami podania leków przeciwkrwotocznych i przetoczenia krwi, krwawienie może ujawnić się nawet kilka tygodni po zabiegu

Imię i nazwisko pacjenta.....

- dyskomfort przy oddawaniu moczu
- zatrzymanie moczu- wymagające przejściowego założenia cewnika Foleya
- zakażenia dolnego odcinka układu moczowego, do stanu septycznego, to jest uogólnionej infekcji włącznie;
- uszkodzenie badanych struktur, w szczególności istnieje możliwość perforacji pęcherza moczowego.
- pozabiegowe zwężenie cewki moczowej, w tym także zwężenie ujścia cewki moczowej
- wodonercze związane z powstaniem zmian bliznowatych po zabiegu w związku niekorzystną okołomoczowodową lokalizacją resektowanego guza
- inne rzadsze i trudne do przewidzenia powikłania.

Po przeprowadzonym badaniu lekarz poinformuje o stwierdzonych zmianach w pęcherzu moczowym i ustali dalsze postępowanie oraz ew. leczenie.

### **Pytania do rozmowy wyjaśniającej:**

Proszę wpisać wszystkie dodatkowe pytania:

.....

.....

.....

.....

### **O czym powinien wiedzieć lekarz**

Na ryzyko operacji mają wpływ stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące i przebyte. Aby w porę można było rozpoznać zagrożenia prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

- Czy wiadomo, że istnieją u Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby (np. choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego)? TAK/NIE
- Czy istnieje u Pana choroba zakaźna (np. zapalenie wątroby, AIDS)? TAK/NIE
- Czy stwierdzono u Pana uczulenie lub nadwrażliwość na leki, plastry, latex, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta? TAK/NIE
- Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek? TAK/NIE
- Czy przy wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło u Pana do wzmożonego krwawienia? TAK/NIE
- Czy wcześniej, w przypadku powstawania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu? TAK/NIE
- Czy obserwowano u Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną? TAK/NIE
- czy leczy się Pan obecnie lub leczył się Pan w przeszłość psychiatrycznie TAK/NIE
- Czy przyjmuje Pan regularnie leki (np. środki nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepnięcie krwi, tj. Sintrom, Syncumar, Aspiryna, Acard, Plavix, itp.)? TAK/NIE
-

Imię i nazwisko pacjenta.....

Proszę spytać lekarza, czy w Pana szczególnym przypadku występuje ryzyko zakrzepicy lub zatoru i czy jest potrzebne postępowanie zapobiegawcze?

**Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej**

(np. inne przyczyny ryzyka niż wymienione poprzednio, możliwość powikłań, sposoby zapobiegania, możliwe lm

negatywne skutki w przypadku odmowy/przesunięcia terminu operacji, podstawa do odmowy, ograniczenie zgody np. na transfuzję krwi)

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

.....  
data, godzina i podpis pacjenta

.....  
data, godzina i podpis lekarza

**Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny:**

Dr ..... przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą  
o proponowanej operacji ..... (rodzaj  
operacji)

Zostałam/em poinformowana/y o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałem wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowana/y, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysłu wyrażam zgodę na planowaną operację. Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania urologicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nie przewidywanych przed operacją okoliczności. Moja zgoda dotyczy także ewentualnego koniecznego przetoczenia krwi.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o proponowanym sposobie leczenia, jego ewentualnych powikłaniach i konsekwencjach. Lekarz przeprowadził ze mną rozmowę w trakcie której miałem możliwość zadania pytań dotyczących procesu leczenia.

Będąc poinformowanym o ryzyku operacyjnym, świadomie wyrażam zgodę na proponowane leczenie w tym operacyjne.

.....  
data, godzina i podpis lekarza

.....  
data, godzina i czytelny podpis pacjenta

odbierającego formularz zgodę  
od pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta.....

**Tylko w przypadku odmowy operacji:**

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowaną operację

.....

.....

(rodzaj operacji)

Zostałem poinformowany o możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy wykonania proponowanej operacji z narażeniem życia włącznie

.....

data, godzina i podpis lekarza  
odbierającego formularz zgodę  
od pacjenta

.....

data, godzina i czytelny podpis pacjenta