

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA na badanie diagnostyczne - cystoskopia

Imię i nazwisko:

PESEL:

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

Na czym polega cystoskopia?

Cystoskopia , czyli wziernikowanie pęcherza moczowego, polega na bezpośrednim oglądaniu wnętrza pęcherza moczowego za pomocą wziernika zwanego cystoskopem, wprowadzonego przez cewkę moczową.

Badanie to umożliwia uwidocznienie zmian zachodzących w pęcherzu moczowym , a także cewce moczowej. Stanowi ono niezwykle istotny element w rozpoznawaniu i różnicowaniu chorobowych stanów w pęcherza moczowego min. guzów ,stanów zapalnych, krwawień nieznanego pochodzenia, kamicy moczowej, wad rozwojowych pęcherza i cewki moczowej.

Ponadto w przypadku podejrzanych zmian ściany pęcherza moczowego istnieje możliwość pobrania podczas cystoskopii wycinków do badania histopatologicznego.

Badanie przeprowadzamy zwykle w znieczuleniu miejscowym (żel z lekiem znieczulającym podany do cewki moczowej) 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 cystoskopii, jak ma to miejsce w przypadku każdej inwazyjnej procedury medycznej, możliwe są powikłania. Wystąpić mogą:

- przejściowe krwawienie;
- dyskomfort przy oddawaniu moczu;
- zakażenia dolnego odcinka układu moczowego;
- uszkodzenie badanych struktur.

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

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 przyjmuje Pan regularnie leki (np. środki nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepnięcie krwi, tj. Sintrom, Syncumar, Aspiryna, Acard, Plavix, itp.)? TAK/NIE

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

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

Centrum Medyczne T&T Medical
Wrocław Ul. Przyjaźni 6/U1

data, godzina i podpis pacjenta

data, godzina i podpis lekarza

Imię i nazwisko pacjenta.....

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 zostałam 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 ryzyku operacyjnym, świadomie wyrażam zgodę na proponowane leczenie w tym operacyjne.

.....

.....

data, godzina i podpis lekarza
odbierającego

data, godzina i czytelny podpis pacjenta
zgoda
od pacjenta

Tylko w przypadku odmowy operacji:

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowaną operację

.....

(rodzaj operacji)

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

.....

.....

Centrum Medyczne T&T Medical
Wrocław Ul. Przyjaźni 6/U1

data, godzina i podpis lekarza
odbierającego
od pacjenta

data, godzina i czytelny podpis pacjenta
formularz
zgodę