

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

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA  
na leczenie endoskopowe kamicy moczowodowej metodą URSL**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani kamicy moczowodową, którą zakwalifikowano do leczenia metodą URSL

**Cel operacji:**

Leczenie kamicy moczowodowej na drodze endoskopowej. Polega ona na usunięciu bądź też pokruszeniu i usunięciu odłamów złożu z moczowodu przez cewkę moczową

**Przebieg zabiegu:**

Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu przewodowym i w pozycji ginekologicznej. Czas zabiegu może wynosić od kilkunastu minut do ponad godziny.

**Przebieg pooperacyjny:**

Po zabiegu w moczowodzie może zostać pozostawiony cewnik D-J lub cewnik moczowodowy, a w pęcherzu cewnik Foley'a.

**Do zabiegu są kwalifikowani pacjenci:**

- po niepowodzeniu leczenia kamienia metodą ESWL
- u których pozostały złoże tworzące tzw. „drogę kamicy” po zabiegu ESWL
- u których występują złoże nierokujące samoistnego odejścia

**Po zabiegu mogą wystąpić następujące powikłania:**

- perforacja moczowodu
- przerwanie ciągłości moczowodu
- oderwanie moczowodu od pęcherza
- zwężenie moczowodu

Imię i nazwisko pacjenta: .....

### Pytania do rozmowy wyjaśniającej:

Proszę wpisać wszystkie dodatkowe pytania:

.....

.....

.....

### O czym powinien być poinformowany 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 Pani/Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby (np. choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego)? **TAK/NIE**
- Czy istnieje u Pani/Pana choroba zakaźna (np. zapalenie wątroby, AIDS)? **TAK/NIE**
- Czy stwierdzono u Pani/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 Pani/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 Pani/Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną? **TAK/NIE**
- Czy przyjmuje Pani/Pana regularnie leki (np. środki naskórowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepnięcie krwi, tj. Sintrom, Syncumar, Aspiryna, Acard, Plavix, itp.)? **TAK/NIE**
- Kobiety: czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży? **TAK/NIE**

Proszę zapytać lekarza, czy w Pani/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)

.....

.....

.....  
Data i godzina, podpis pacjenta

.....  
Data, godzina, podpis i pieczętka 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.

Zrozumiałam/em 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/em poinformowana/y 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 poinformowaną/y o ryzyku operacyjnym, świadomie wyrażam zgodę na proponowane leczenie w tym operacyjne.

.....  
data, godzina i podpis lekarza odbierającego formularz zgody od pacjenta

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

**Tylko w przypadku odmowy operacji:**

Po wyczerpującym poinformowaniu mnie nie wyrażam zgody na proponowaną operację

.....  
.....  
(rodzaj operacji)

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych ujemnych skutkach wynikających z odmowy wykonania proponowanej operacji z narażeniem życia włącznie.

.....  
data, godzina i podpis lekarza odbierającego formularz zgody od pacjenta

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