

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

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA  
na leczenie operacyjne gruczolaka stercza**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

Na podstawie wykonanych u pana badań rozpoznano przerost gruczołu krokowego. Według aktualnych standardów wiedzy medycznej w pana przypadku wskazane jest leczenie operacyjne metodą przezcewkową. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz będzie rozmawiał z panem na temat przebiegu operacji i możliwości wystąpienia powikłań operacji i powikłań pooperacyjnych.

**TUR-P**

*(Przezcewkowa Elektroresekcja Gruczolaka Stercza)*

Standardową metodą chirurgicznego leczenia łagodnego rozrostu stercza jest przezcewkowa elektroresekcja gruczolaka stercza. Ma ona zastosowanie u 70 – 90 % chorych, u których występują wskazania do leczenia chirurgicznego i charakteryzuje się ona małą inwazyjnością. Siedmiu na 10 pacjentów, u których wykonano TURP odczuwa poprawę w oddawaniu moczu. Zabieg operacyjny związany może być ze znaczną utratą krwi, która musi być wyrównana poprzez jej przetoczenie. Musi pan wyrazić przed zabiegiem na to zgodę.

**Na czym polega operacja?**

Zazwyczaj zabieg wykonuje się w znieczuleniu przewodowym. Po ułożeniu pacjenta w pozycji ginekologicznej przygotowuje się pole operacyjne i rozpoczyna zabieg. Po wprowadzeniu resektora do cewki, urolog wycina nadmiar gruczolaka prostaty, który wpuklając się do światła cewki moczowej uciska ją. Działania te mają na celu poszerzenie światła cewki moczowej przez co zwiększa się strumień i ułatwia oddawanie moczu. W czasie wycinania skrawków prostaty, urolog koaguluje wszystkie krwawiące naczynia. Po wypłukaniu skrawków z pęcherza moczowego i opanowaniu krwawienia z naczyń (koagulacja krwawiących naczyń) do pęcherza moczowego wprowadzany jest cewnik. Zazwyczaj cewnik usuwany jest po 48 godzinach.

**Czy istnieje możliwość odstąpienia od zabiegu?**

W przypadku stwierdzenia braku możliwości ułożenia chorego w pozycji ginekologicznej lub założenia do pęcherz cystoskopu (zwężenie cewki) lub bardzo dużego ryzyka zabiegu lekarz operujący może odstąpić od zabiegu.

Imię i nazwisko pacjenta: .....

### **Czy w czasie operacji mogą wystąpić powikłania:**

Tak, pomimo staranności wykonania zabiegu, i stosowania wszelkich standardów wiedzy medycznej.

### **Rodzaje możliwych powikłań:**

#### **Śródoperacyjne:**

- masywne krwawienie w czasie trwania zabiegu (8-14%)wymagające transfuzji krwi
- perforacja ściany p. moczowego wymagająca leczenia operacyjnego metodą otwartą (4%)
- wystąpienie zespołu poresekcyjnego(1-4%) polegającegona wchłonięciu do krwiobiegu płynu stosowanego w czasie zabiegu z towarzyszącymi zaburzeniami wodnoelektrolitowymi

#### **Pooperacyjne:**

- krwawienie z łoży po gruczolaku po zabiegu (20%) wymagające ponownego zabiegu endoskopowego lub zabiegu met otwartą
- powikłania zakrzepowo-zatorowe związane z pozycją podczas zabiegu

#### **Późne:**

- różnego stopnia nietrzymanie moczu (1%). W kilku badaniach statystycznych potwierdzono pojawienie się wysiłkowego nietrzymania moczu (np. podczas kaszlu, śmiechu) po TURP.
- zwężenie cewki moczowej lub zwężenie szyi pęcherza moczowego (8%)
- wytrysk wsteczny - w czasie TURP uszkodzany jest zwieracz wewnętrzny cewki moczowej co powoduje cofanie się nasienia podczas wytrysku do pęcherza moczowego. Częstość wytrysku wstecznego ocenia się na około 85% pacjentów leczonych przezcewkową resekcją prostaty
- impotencja- u części mężczyzn (ok 25% pacjentów) po TURP mogą pojawić się przejściowe lub długotrwałe problemy z uzyskaniem lub utrzymaniem wzwodu

### **Powikłania ogólnointernistyczne i kardiologiczne:**

Ryzyko wystąpienia tego typu powikłań związane są z wiekiem pacjenta, a także ze schorzeniami współistniejącymi W trakcie zabiegu może wystąpić zawał mięśnia sercowego , zator tętnicy płucnej,udar mózgowy,zaburzenia rytmu serca,nagły wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Bardzo rzadko wraz z krwią może dojść do infekcji HBV, HCV lub HIV. Po operacji pacjent będzie otrzymywał leki. Niektóre z nich mogą spowodować uczulenie (opuchnięcia, zaczerwienienia, swędzenie). Podczas wstrzykiwania leku może dojść do infekcji tkanek miękkich. Może wystąpić podrażnienie skóry środkiem dezynfekcyjnym. Możliwe są również poważniejsze objawy jak kołatanie serca, zaburzenia rytmu serca, skoki ciśnienia krwi.

### **Co dalej po operacji?**

Materiał uzyskany podczas TURP zostaje zebrany po zabiegu i umieszczony w pojemnikach, a następnie wysyłany do badania histopatologicznego celem oceny struktury usuniętej tkanki. Wynik badania histopatologicznego odsyłany jest do oddziału, w którym przeprowadzono TURP po

Imię i nazwisko pacjenta: .....

około 2 - 3 tygodniach. Każdy pacjent po TURP wymaga kontroli urologicznej z wynikiem badania histopatologicznego.

Przez okres ok. 4 tygodni po zabiegu należy prowadzić oszczędzający tryb życia, unikać intensywnego wysiłku fizycznego.

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

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**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 pieczęć lekarza

T&T Medical

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny:**

Dr .....przeprowadził ze mną rozmowę  
wyjaśniającą o proponowanej operacji

.....  
.....

(rodzaj operacji)

Zostałem poinformowany 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 poinformowany, 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  
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)

Zostałem poinformowany 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