

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA
na leczenie operacyjne nietrzymania moczu z użyciem wszczepu syntetycznego
(TOT)

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani nietrzymanie moczu i zakwalifikowano Panią do leczenia zabiegowego.

Cel zabiegu:

Wszczepienie syntetycznej taśmy TOT

Na nietrzymanie moczu cierpi około 15% kobiet i ich liczba ciągle się powiększa. Występuje ono wówczas, gdy mięśnie dna miednicy nie są w stanie odpowiednio zacisnąć cewki moczowej. Powodem tego schorzenia może być np. uszkodzony mięsień lub nerw na skutek porodu. Okres menopauzy, duży wysiłek fizyczny czy przewlekły kaszel mogą pogłębiać ten stan. Najczęściej pacjentki skarżą się na gubienie moczu podczas kaszlu, kichania czy gwałtownego wysiłku. Jest to tzw. wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Możemy mieć też do czynienia z tzw. nadreaktywnym pęcherzem, kiedy występują przedwczesne skurcze mięśni pęcherza i mocz jest wydalany na zewnątrz zbyt wcześnie. Mówimy wówczas o tzw. nagłym parciu na pęcherz. Ten stan może być wywołany przez uszkodzenie nerwu biegnącego do pęcherza lub przez niektóre stany psychosomatyczne. Czasami te dwie formy nietrzymania moczu występują jednocześnie.

Od kilku lat na całym świecie jest powszechnie stosowana nowa, małoinwazyjna metoda - TOT, która nie naraża pacjentki na przykre dolegliwości bólowe, długi pobyt w szpitalu i znacznie skraca okres rekonwalescencji.

Przebieg zabiegu:

Metoda TOT polega na podparciu środkowej części cewki moczowej specjalną taśmą. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu przewodowym lub miejscowym, dzięki czemu już w trakcie zabiegu lekarz operujący może ocenić jego skuteczność stosując tzw. test kaszlowy. Podczas zabiegu taśma polipropylenowa (materiał syntetyczny używany do produkcji nici chirurgicznych) zostaje umieszczona poniżej cewki moczowej, a jej dwa końce wyprowadzone są poprzez dwa niewielkie nacięcia w skórze bocznie w okolicy pachwin. Po obcięciu końców taśmy i zaszcyciu skóry, utworzony z taśmy "hamak" między cewką moczową a mięśniami podpira cewkę moczową, co powoduje jej zamknięcie podczas wysiłku. Zabieg trwa maksymalnie 30 minut, po kilku godzinach pęcherz zaczyna normalnie funkcjonować. Opublikowane dotychczas badania potwierdzają 90% skuteczności tej metody po ponad czterech latach obserwacji.

Imię i nazwisko pacjenta:

Powikłania po zabiegu:

Powikłania są rzadkie. Zdarzają się jednak przebicia pęcherza moczowego przeprowadzającymi igłami (do 10%). Bardzo rzadko mogą pojawić się powikłania śmiertelne na skutek przebicia jelita, czy dużych naczyń krwionośnych. Taśma może także erodować ("przebić się") do cewki pęcherza lub pochwy

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 nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepnięcie krwi, tj. Sintrom, Syncumar, Aspiryna, Acard, Plavix, itp.)? **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:

Drprzeprowadził 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 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 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