

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA
na leczenie operacyjne
Urethrotomia - endoskopowe rozcięcie zwężenia cewki moczowej

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana zwężenie cewki moczowej i zakwalifikowano Pana do leczenia zabiegowego.

Cel operacji:

Urethrotomia – endoskopowe rozcięcie zwężenia cewki moczowej jest najczęściej stosowanym zabiegiem w leczeniu zwężenia cewki moczowej.

Przebieg zabiegu:

Operacja wykonywana jest w sali endoskopowej przez urologa. Pacjent układany jest w pozycji ginekologicznej z nogami opartymi na specjalnych podpórkach. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu dożylnym lub regionalnym. Urolog wprowadza do cewki moczowej narzędzie endoskopowe nazywane urethrotomem i lokalizuje miejsce zwężenia cewki moczowej. Urethrotom jest narzędziem posiadającym ruchome ostrze zwrócone do góry. Urolog rozcina podłużnie zwężenie cewki moczowej. Głębokość cięcia uzależniona jest od stopnia zwężenia cewki moczowej. Alternatywnie zwężenie cewki moczowej można rozciąć energią laserową. Sposób wykonania zabiegu w zakresie zastosowanej techniki zależy od rodzaju zwężenia, jego długości, a także preferencji lekarza wykonującego zabieg. Po rozcięciu zwężenia wykonywana jest rutynowa cystoskopia. Po zabiegu u każdego pacjenta pozostawia się na kilka dni cewnik Foley'a.

Rodzaje możliwych powikłań:

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

- przejściowe krwawienie, czasami o znacznym nasileniu /rzadko wymagające przetoczenia preparatów krwi/
- dyskomfort przy oddawaniu moczu;
- zakażenia układu moczowego, wymagające stosowania antybiotykoterapii. Rzadko dochodzi do uogólnionych infekcji wymagających intensywnego leczenia farmakologicznego, hospitalizacji /taki stan określany jako stan septyczny jest stanem zagrożenia życia
- uszkodzenie badanych struktur.

Imię i nazwisko pacjenta.....

- Nietrzymanie moczu lub nasilenie nietrzymania moczu w przypadku chorych u których nietrzymanie moczu występowało wcześniej przed zabiegiem.
- Nawrót zwężenia lub pojawienie się zwężenia w innych miejscu cewki moczowej

Przebieg pooperacyjny:

Krwiste zabarwienie moczu, które może pojawić się po zabiegu z reguły ustępuje samoistnie i nie wymaga interwencji urologicznej, czasami po zabiegu nacięcia wewnętrznego cewki moczowej u chorego może wystąpić infekcja układu moczowego, wymagająca antybiotykoterapii. Do powikłań zabiegu które mogą wystąpić / rzadko/ należy: nietrzymanie moczu, o różnym nasileniu.

Ważne aby około 14 dni po zabiegu chory wykonał posiew moczu, a z wynikiem zgłosił się do kontroli urologicznej

Czy jest możliwość nawrotu zwężenia cewki moczowej po urethrotomii?

Zwężenie cewki moczowej jest chorobą o nieprzewidywalnym przebiegu. Nawroty zwężenia cewki moczowej zdarzają się stosunkowo często. Pacjenci po urethrotomii wymagają okresowych kontroli urologicznych, podczas których wykonywane są uroflowmetria lub kontrola drożności cewki moczowej.

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, **TAK/NIE**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Plavix, itp.)?

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 pieczęć lekarza

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.

Imię i nazwisko pacjenta.....

.....

.....

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