

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA
na wykonanie przezodbytniczej biopsji gruczołu krokowego pod kontrolą
TRUS**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

Biopsja prostaty jest badaniem, podczas którego pobierane są drobne wycinki gruczołu krokowego do badania histologicznego pod mikroskopem.

Aby urolog mógł obejrzeć strukturę gruczołu krokowego na aparacie USG konieczne jest włożenie głowicy transrektalnej do odbytnicy. Głowica transrektalna jest specjalną głowicą USG podobną do tych stosowanych w badaniach ginekologicznych.

Głowica transrektalna w swoim korpusie ma wbudowany kanał biopsyjny, przez który urolog wprowadza igłę TRUCUT. Igła TRUCUT jest specjalnie zaprojektowaną igłą, która umożliwia urologowi precyzyjne pobranie wycinków z gruczołu krokowego pod kontrolą obrazu oglądanego na monitorze aparatu USG

Wskazania do biopsji stercza:

Biopsję wykonuje się u:

1. pacjenta z podejrzeniem raka prostaty z podwyższonym poziomem PSA
2. pacjenta, u którego stwierdził nieprawidłowość w badaniu DRE (przez kışkę stolcową)
3. pacjenta, który miał wcześniej biopsję prostaty z prawidłowym wynikiem histopatologicznym, u którego utrzymuje się podwyższone stężenie PSA
4. pacjenta po wcześniejszej biopsji prostaty, która nie wykazała komórek nowotworowych lecz stwierdzono w niej komórki o nieprawidłowej budowie

Jednym z tych pacjentów jest Pan. Lekarz omówi z Panem przebieg biopsji i ryzyko ewentualnych powikłań.

Przygotowanie do biopsji:

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

Przez 2 doby przed planową biopsją pacjent powinien zażywać antybiotyki lub antybiotyki przepisane przez lekarza kwalifikującego chorego do biopsji. Wieczorem dzień przed biopsją i rano w dniu biopsji chory powinien wykonać enemę.

Przebieg biopsji:

Pacjent podczas biopsji ułożony jest na boku lub w pozycji ginekologicznej. Urolog podaje przezodbytniczo środek działający znieczulająco. Następnie wprowadzana jest głowica transrektalna w celu wykonania badania ultrasonograficznego prostaty.. Kolejnym etapem jest pobranie od 6 do 12 wycinków z gruczołu krokowego. Czasami istnieje konieczność pobrania większej liczby wycinków.

Podczas biopsji pacjent może odczuwać parcie na stolec, ucisk na prostatę i ukłucia.

Bezpośrednio po zabiegu chory odczuwać może dyskomfort w odbytnicy.

U części pacjentów pojawia się krew w moczu. Obecność krwi w moczu nie wymaga żadnej interwencji i ustępuje samoistnie. W przypadku utrzymywania się krwawienia lub masywnego krwimoczu należy zgłosić się do urologa. Obecność krwi w nasieniu może pojawić się przez okres około miesiąca po biopsji. Krwawienie z odbytnicy utrzymuje się przez około 2-3 dni po biopsji gruczołu krokowego.

Powikłania:

Do najczęściej występujących powikłań biopsji stercza zalicza się :

1. zapalenie gruczołu krokowego stwierdzane jest u około 1 pacjenta na 170 wykonanych biopsji
2. krwawienie z cewki moczowej
3. krwawienie z odbytnicy, niewielka ilość świeżej krwi lub skrzepów dopuszczalna jest przez 2-3 dni po biopsji gruczołu krokowego
4. zatrzymanie moczu
5. ostre zapalenie stercza
6. infekcje uogólnione do sepsy włącznie /ciężki stan zapalny uogólniony/

Postępowanie po biopsji:

Chory powinien kontynuować zaleconą przez urologa antybiotykoterapię.

Po ok. 2 tyg. powinien zgłosić się do Sekretariatu Oddziału po wynik badania histopatologicznego.

Pacjent powinien zgłosić się do urologa w przypadku:

- pojawienia się gorączki i bólu krocza
- utrzymywania się krwawienie z cewki moczowej lub odbytnicy dłużej niż 2 – 3 dni
- wystąpienia zatrzymania moczu

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

W przypadku innych niepokojących chorego objawów wskazany jest kontakt z ośrodkiem wykonującym biopsję.

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 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**
- Kobiety: czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży? **TAK/NIE**

Proszę spytać lekarza, czy w Pani/Pana szczególnym przypadku występuje ryzyko zakrzepicy lub zatoru i czy jest potrzebne postępowanie zapobiegawcze?

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej

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

(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 i godzina, podpis lekarza

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 chirurgicznego 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.

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

.....

data, godzina, podpis i pieczętka lekarza

odbierającego formularz zgody

od pacjenta

.....

data, godzina, 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, podpis i pieczętka lekarza

odbierającego formularz zgody

od pacjenta

.....

data, godzina, czytelny podpis pacjenta