

## **ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA**

### **Na leczenie operacyjne wodniaka jądra**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

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

Zabieg został zaplanowany na dzień: .....

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

#### **Cel operacji:**

Usunięcie wodniaka jądra i zapobiegnięcie nawrotowi poprzez wykonanie plastyki osłonek jądrowych .

#### **Przebieg zabiegu:**

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym, w ułożeniu pacjenta na wznak. Z reguły wykonuje się operację metodą Winkelmanna. Dla zabezpieczenia przed powstaniem krwiaka, po zabiegu w przestrzeni okołojądrowej moszny pozostawiamy dren i wykonujemy opatrunek uciskowy.

#### **Przebieg pooperacyjny:**

Przez okres 7-10 dni po zabiegu należy prowadzić oszczędzający tryb życia, unikać intensywnego wysiłku fizycznego. W terminie 2-3 tyg. po zabiegu należy odebrać wynik badania histopatologicznego usuniętego fragmentu osłonek jądrowych, jeśli zostały przesłane do badania. Jeśli lekarz prowadzący uzna za stosowne, dalsza kontrola prowadzona jest w Poradni Urologicznej.

#### **Do zabiegu są kwalifikowani pacjenci:**

- U których obserwuje się wodniakowato powiększone jądro.

#### **W trakcie lub po zabiegu mogą wystąpić następujące powikłania:**

- krwawienie z rany
- krwiak moszny
- zaburzenia czucia skórno i przeczulica skóry w okolicy operowanej do których może dojść na skutek śródoperacyjnego uszkodzenia nerwów czuciowych skóry moszny
- zaburzenia rytmu serca
- nagły wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi

#### **Pytania do rozmowy wyjaśniającej:**

Imię i nazwisko pacjenta.....

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 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 Pan 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 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:**

Imię i nazwisko pacjenta.....

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.

Zrozumiałem 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 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)

Zostałam 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