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

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA
na leczenie zabiegowe krótkiego wędzidełka prącia

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Zabieg został zaplanowany na dzień: .....

Na podstawie wywiadu lekarskiego i wykonanego badania przedmiotowego rozpoznano u Pana krótkie wędzidełko prącia. Według aktualnych standardów wiedzy medycznej wskazane u Pana jest leczenie zabiegowe. Przed planowanym zabiegiem lekarz będzie rozmawiał z Panem na temat sposobu wykonania korekcji krótkiego wędzidełka prącia, przebiegu zabiegu, możliwości i ryzyka wystąpienia powikłań zabiegu i powikłań pozabiegowych.

Cel operacji:

Zabiegowa korekcja krótkiego wędzidełka prącia, poprzez wykonanie zabiegu plastyki wędzidełka.

Przebieg zabiegu:

Zabieg krótkiego wędzidełka prącia wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, ostrzykując okolicę wędzidełka prącia środkiem znieczulającym, najczęściej roztworem 1% lignokainy.
Najczęściej wykonuje się zabieg przecięcia /frenulotomii/ krótkiego wędzidełka prącia, czasem konieczny jest zabieg pełnej plastyki wędzidełka prącia, polegający na wydłużeniu krótkiego wędzidełka prącia zwykle z wykorzystaniem szwów chirurgicznych.

Przebieg pozabiegowy:

Po wykonaniu korekcji krótkiego wędzidełka prącia (bez względu na zastosowany rodzaj zabiegu) należy bezwzględnie, przynajmniej przez 1 miesiąc czasu, powstrzymać się od jakichkolwiek form aktywności seksualnej. Całkowite gojenie i zanikanie blizn może trwać nawet do roku czasu, jednak współżycie można podjąć najwcześniej po miesiącu.
W pierwszym etapie gojenia zaleca się robienie opatrunków tak, aby penis był uniesiony do góry (obcisłe slipy, plaster podtrzymujący opatrunek). Ułożenie takie przyspiesza gojenie i zmniejsza ryzyko wystąpienia krwawienia.
Po operacji jest konieczna dalsza opieka w Poradni Urologicznej polegająca na kontroli gojenia się rany- zgodnie z zaleceniami pozabiegowymi lekarza wykonującego zabieg.

Do zabiegu są kwalifikowani pacjenci:

- u których obserwuje się krótkie wędzidełko prącia, powodujące ból lub dyskomfort w trakcie współżycia
- u których doszło do naderwania wędzidełka prącia

Imię i nazwisko pacjenta…….

W trakcje lub po zabiegu mogą wystąpić następujące powikłania:

krwawienie z
rany krwiak
zaburzenia rytmu serca związane z podanym lekiem znieczulającym miejscowo
nagły wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi, również związany z podawanymi lekami lub też jako reakcja na stres okołozabiegowy
infekcje miejscowe i ogólne, do ciężkiej uogólnionej infekcji /tj. sepsy/ włącznie

załupek pozabiegowy, będący stanem ostrym wymagającym pilnej interwencji

lekarskiej obrzęk okolicy prącia

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 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 żylne 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?

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)
……
…….. …….

Imię i nazwisko pacjenta…….

data i godzina, podpis pacjenta data, godzina, podpis i pieczątka lekarza

Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny:

Dr ……..przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą

o proponowanym zabiegu……..

……..

(rodzaj zabiegu)

Zostałem poinformowany o postępowaniu przed- i pozabiegowym oraz o typowych i nietypowych, rzadziej występujących powikłaniach związanych z proponowanym zabiegiem i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.
Zrozumiałem w pełni wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysły **wyrażam zgodę na planowany zabieg**. Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania urologicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nie przewidywanych przed zabiegiem okoliczności. Moja zgoda dotyczy także ewentualnego koniecznego przetoczenia krwi.
Oświadczam, że zostałem w pełni 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 zabiegowym, 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