



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

PESEL .....DATA.....

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG UROLOGICZNY – USUNIĘCIE WODNIAKA JĄDRA**

Szanowny Panie !

Lekarze w Oddziale Urologii zdecydowali o konieczności przeprowadzenia u Pana operacji **USUNIĘCIA WODNIAKA JĄDRA**.

Operacja ta polega na operacyjnym usunięciu osłonek jądra między którymi znajduje się płyn powodujący powiększenie zawartości moszny - tzw. wodniak. Mimo iż jest to zabieg stosunkowo bezpieczny mogą wystąpić pewne powikłania jak: krwawienie pooperacyjne (krwiak moszny), ropienie rany, opóźnione gojenie, stany podgorączkowe i gorączkowe, bóle i uczucie drętwienia lub mrowienia w okolicy rany, obrzęk moszny. Niektóre z powikłań wymagać mogą powtórnego zabiegu operacyjnego.

Zabieg wykonany będzie w znieczuleniu miejscowym polegającym na ostrzyknięciu okolicy operowanej lekiem znieczulającym, które jest najbezpieczniejszym sposobem znieczulenia. W niektórych przypadkach wskazane jest wykonanie znieczulenia przewodowego polegającego na nakłuciu w okolicy kręgosłupa lędźwiowego.

W czasie zabiegu i pobytu w Oddziale jest Pan pod fachową opieką anestezjologów i lekarzy urologów. Jednak w tym czasie, ze względu na przeprowadzane u Pana znieczulenia, zabiegi, podawane leki i charakter choroby mogą wystąpić pewne powikłania. Obejmuje to takie stany jak krwotok, zakażenie, zatrzymanie pracy serca. Opisane powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych bez względu na ich rodzaj lub zakres.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania Pana strachu przed zabiegiem lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że **każdy**, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

**Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:**

**Oświadczam**, że przedstawiłam mi informację o planowanym leczeniu i możliwych komplikacjach z niego wynikających przyjmuję do wiadomości. **Jednocześnie wyrażam zgodę** na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. **Rozumiem**, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

Jeśli faktycznie rozumie Pan treść zgody, proszę własnoręcznie dokonać następującego wpisu:

**Wyrażam zgodę na zaproponowany zabieg, miałem(a) możliwość zadawania pytań i rozumiem treść zgody, a także akceptuję opisane powyżej powikłania.**

Następnie proszę wpisać dzisiejszą datę i czytelnie się podpisać .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza