



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESELDATA.....

ŚWIADOMA ZGODA NA PLANOWANY ZABIEG UROLOGICZNY - **CYSTOSKOPIA**

Szanowna Pani, Szanowny Panie!

Lekarz kierujący Pana/Panią do szpitala wysunął na podstawie objawów i badań dodatkowych podejrzenie istnienia guza w pęcherzu moczowym. Lekarze Oddziału Urologii zdecydowali o konieczności wykonania zabiegu polegającego na wziernikowaniu czyli oglądaniu przy użyciu cienkiego aparatu wnętrza pęcherza moczowego. Zabieg taki nosi nazwę **CYSTOSKPII**. Zabieg będzie wykonany bezbólowo ale po zabiegu może Pani/Pan przez kilka dni odczuwać bóle i pieczenia przy oddawaniu moczu. Związane to jest z podrażnieniem cewki moczowej. Przez kilka dni może również Pani/Pan zauważyć krew w oddawanym moczu. Po zabiegu, jeśli zaistnieje taka konieczność, pozostawiony zostanie w pęcherzu cewnik. Usunięty on będzie w następnym dniu po zabiegu lub później. Jeśli badający Panią/Pana lekarz stwierdzi w pęcherzu moczowym guz może zdecydować o jego usunięciu w trakcie tego samego zabiegu. Usunie go za pomocą elektrycznego noża również przez cewkę moczową bez konieczności otwartej operacji. Taki zabieg nosi nazwę **ELEKTRORESEKCJI PRZEZCEWKWEJ GUZA** (w karcie wypisowej znajdzie się skrót angielskojęzyczny **TUR-Bt**). Zabieg ten jest stosunkowo bezpieczny ale w pewnych wypadkach mogą wystąpić pewne powikłania. Ryzyko związane z tym zabiegiem obejmuje: brak gwarancji wyleczenia, zwłaszcza w przypadku guzów naciekających głęboko ścianę pęcherza, konieczność zastosowania dodatkowych form leczenia w celu zapobieżenia nawrotom guza, przedziurawienie ściany cewki moczowej, pęcherza lub uszkodzenia moczowodów co może wymagać dodatkowego leczenia łącznie z leczeniem operacyjnym, krwawienie mogące wymagać ponownego zabiegu lub założenia cewnika w celu usunięcia skrzepów, nawrót guza lub niecałkowite jego wycięcie. W większości wypadków po zabiegu elektroresekcji guza do pęcherza podany zostanie chemioterapeutyk w celu zminimalizowania ryzyka nawrotu guza. Zazwyczaj do pęcherza podawane jest 50mg Farmorubicyny, co również dodatkowo może spowodować powikłania w postaci chemicznego zapalenia pęcherza moczowego (takie jak dyzuria, wielomocz, nykturia, oddawanie moczu kroplami, krwimocz, dyskomfort w obrębie pęcherza moczowego, martwica ściany pęcherza moczowego) oraz skurcz pęcherza moczowego.

W czasie zabiegu i pobytu w Oddziale jest Pani/Pan pod fachową opieką anestezjologów i lekarzy urologów. Jednak w tym czasie, ze względu na przeprowadzane u Pani/Pana znieczulenia, zabiegi, podawane leki i charakter choroby mogą wystąpić 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 Panią/Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania Pani/Pana strachu przed zabiegiem lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że **każdy**, nawet najmniejszy zabieg

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESELDATA.....

obciążony jest pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:

Oświadczam, że przedstawioną 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/Pani treść zgody, proszę własnoręcznie dokonać następującego wpisu:

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

Następnie proszę wpisać dzisiejszą datę i czytelnie się podpisać:

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta (pacjentki) lub przedstawiciela ustawowego

.....
pieczętka i podpis lekarza