



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG UROLOGICZNY - URS

Szanowny Panie! Szanowna Pani!

Lekarze Oddziału Urologii zdecydowali, że najkorzystniejszym sposobem badania i leczenia w Pani/Pana przypadku będzie zastosowanie metody **URETERORENOSKOPII** (w skrócie URS). Metoda ta polega na wprowadzeniu przez cewkę moczową do pęcherza moczowego a następnie do moczowodu cienkiego aparatu, przez który można oglądać wnętrze moczowodu i nerki. W razie konieczności można przeprowadzić zabieg diagnostyczny czy leczniczy: skruszyć i usunąć kamień moczowodowy, pobrać do badania lub usunąć guz moczowodu lub miedniczki nerkowej, założyć cienki cewnik do nerki w przypadku zwężenia moczowodu. Zabieg URS wykonuje się standardowo w znieczuleniu polegającym na nakłuciu okolicy kręgosłupa, będzie Pani/ Pan przytomny w czasie operacji, wyjątkowo rzadko istnieje konieczność znieczulenia ogólnego z intubacją dotchawiczą (popularnie zwanym narkozą). W trakcie zabiegu używane będzie promieniowanie rentgenowskie oraz kontrast radiologiczny z jodem w celu uwidocznienia złożu i kontroli postępu zabiegu. Po zabiegu przez 1-2 dni a czasem dłużej utrzymywany jest cewnik w pęcherzu moczowym. Czasami zachodzi konieczność pozostawienia na kilka tygodni w moczowodzie wewnętrznego cewnika w celu zapewnienia lepszego gojenia. Zabieg URS jest stosunkowo bezpieczny jednak obciążony jest możliwością wystąpienia pewnych powikłań takich jak uszkodzenie moczowodu, krwotok, niemożność wykonania zabiegu ze względu na wąskie ujście moczowodu lub cewki, niemożność usunięcia kamienia, zwężenie cewki moczowej lub moczowodu, zakażenie układu moczowego, uogólniona reakcja zapalna zwana sepsą. Czasami ze względu na trudności techniczne lub powikłania w jego trakcie zabieg URS wymaga zakończenia drogą „klasycznej operacji chirurgicznej”, z rozcięciem powłok jamy brzusznej aby uwidocznić moczowód. 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 może być obciążony 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 przedstawiłam mi informację o planowanym leczeniu i możliwych komplikacjach 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 rozumiem 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: .....

pieczętka i podpis lekarza .....