



Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszcz

ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz,

tel.: 52 374 30 00

I część kodu resortowego: 04-00061

Komórka organizacyjna, tel.

VII część kodu resortowego:

Bydgoszcz, dnia

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE

OBRZEZANIE

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

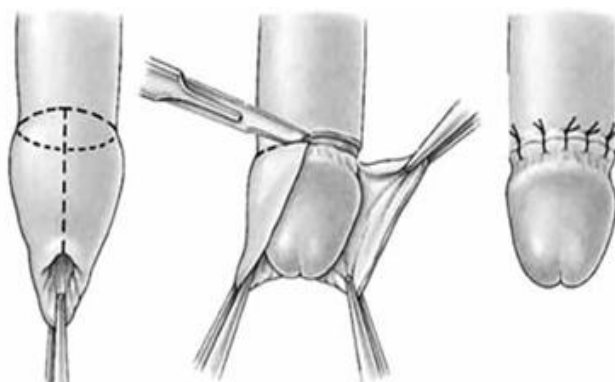
ADRES: Telefon:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA – OBRZEZANIE.

Zabieg obrzezania polega na usunięciu napletka. Wskazaniem do zabiegu obrzezania jest zwężenie napletka (stulejka) utrudniające odstąpienie żołądzi prącia i utrzymanie higieny – lub – konieczność usunięcia zmian chorobowych obecnych na napletku, w tym zmian podejrzanych o nowotwór złośliwy.

Zabieg obrzezania jest wykonywany w znieczuleniu miejscowym, które wykonuje chirurg wstrzykując środek znieczulający pod skórę prącia. Następnie napletek jest usuwany wzdłuż podstawy żołądzi prącia. W czasie zabiegu stosowane są szwy wchłanialne, które nie wymagają usuwania, ponieważ rozpuszczają się i wypadają w ciągu ok. 3 tygodni. Czas operacji wynosi około 30 minut. Po zabiegu wymagany jest opatrunek, który należy zmieniać raz dziennie wykorzystując łagodny płyn dezynfekujący.



OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

celem Pana zabiegu jest usunięcie napletka i ocena mikroskopowa zmian chorobowych. Jeżeli powodem zabiegu było



nienowotworowe zwężenie napletka – po zabiegu należy spodziewać się poprawy w zakresie oddawaniu moczu, możliwości utrzymania higieny, zmniejszenia ryzyka infekcji. Jeżeli powodem zabiegu była obecność zmiany nowotworowej – zabieg obrzezania jest zabiegiem diagnostycznym, pozwalającym na precyzyjne mikroskopowe rozpoznanie nowotworu złośliwego i zaplanowanie dalszego leczenia onkologicznego.

RYZIKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

- **krwawienie z rany** – występuje rzadziej niż raz na 50 zabiegów. Pojawienie się krwawienia zwykle jest skutkiem wystąpienia wzdrodu i przekrwienia prącia. Jeżeli po kilku- kilkunastu godzinach od zabiegu opatrunek nasiąka krwią – należy zgłosić się do Centrum Onkologii lub do najbliższego oddziału chirurgicznego. Powstrzymanie krwawienia wymaga założenia dodatkowych szwów chirurgicznych.
- **zakażenie rany** – występuje rzadziej niż raz na 100 zabiegów, wystarczający postępowaniem zapobiegawczym jest odpowiednia pielęgnacja rany po zabiegu, w niektórych sytuacjach stosowanie profilaktyki antybiotykowej zaleconej przez chirurga wykonującego zabieg.

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

- czasowa zwiększona wrażliwość prącia na dotyk, kontakt z bielizną.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

nie istnieje skuteczny alternatywny sposób postępowania. Miejscowe leczenie za pomocą maści nie jest postępowaniem rekomendowanym a w przypadku nowotworu prowadzi do opóźnienia rozpoznania i pogorszenia skuteczności leczenia onkologicznego.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia należy spodziewać się pogarszania miejscowych dolegliwości i powiększania zmian chorobowych na prąciu wydzielających przykry zapach. W przypadku obecności nowotworu złośliwego prącia niepodjęcie leczenia prowadzi do rozsiewu raka do innych narządów i utraty szansy na całkowite wyleczenie. W stadium rozsianej choroby nowotworowej należy spodziewać się narastania dolegliwości bólowych wymagających coraz większych dawek leków przeciwbólowych, narastających trudności z oddawaniem moczu wymagających wprowadzenia cewnika do pęcherza moczowego i/lub wprowadzenia cewników przezskórnie bezpośrednio do nerek (tzw. nefrostomii), nawracającego krwimoczu, ciężkiej niedokrwistości, przerzutów do węzłów chłonnych pachwin i cuchnących owrzodzeń skóry, utraty apetytu i utraty wagi, postępującego osłabienia uniemożliwiającego wstanie z łóżka, konieczności stałej obecności opiekuna w celu przygotowywania posiłków, pielęgnacji, podawania leków. Nagłe stany pogorszenia stanu zdrowia wskutek zakażenia, krwotoku, zatrzymania moczu, niedrożności jelit, niewydolności nerek – mogą wymagać pilnego leczenia w szpitalu, w tym operacji. W



takim okresie choroby nowotworowej ryzyko zgonu jest bardzo wysokie. W terminalnym okresie choroby nowotworowej jest możliwa specjalistyczna opieka medyczna w hospicjum.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania 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. Jeśli chce Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Uwagi pacjenta:

.....

.....

.....

.....

data.....godzina.....

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. Jednocześnie wyrażam świadomą 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 oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem



wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie

data.....godzina.....

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczętka lekarza

Nie wyrażam zgody się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

data.....godzina.....

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczętka lekarza

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.

data.....godzina.....

.....

podpis i pieczętka lekarza



Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającym na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

data.....godzina.....

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
.....
.....
.....
.....

data.....godzina.....

.....

podpis i pieczęć lekarza