



Centrum Onkologii
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
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 ZABIEG

BIOPSJA GRUCZOŁU KROKOWEGO

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

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

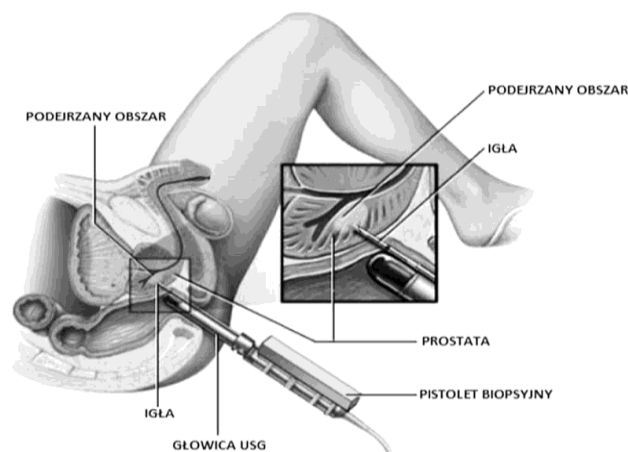
KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji) (rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PROPONOWANYM ZABIEGU DIAGNOSTYCZNYM:

BIOPSJA GRUCZOŁU KROKOWEGO (PROSTATY).

Na podstawie wykonanych badań stwierdzono u Pana podejrzenie nowotworu złośliwego (raka) gruczołu krokowego i wskazanie do wykonania biopsji tego narządu. Podstawowe informacje na temat zabiegu:

BIOPSJA PROSTATY – jest wykonywana w miejscowym znieczuleniu, przy wykorzystaniu sondy ultrasonograficznej, polega na pobraniu za pomocą igły o średnicy około 1,5 mm od kilku do kilkunastu drobnych fragmentów tkanki (wycinków) gruczołu krokowego. Wycinki są pobierane przez ścianę odbytnicy lub przez skórę krocza. Sposób pobierania wycinków i ich liczba zależą od wielkości gruczołu krokowego i lokalizacji podejrzanych ognisk. Pobrany materiał jest poddawany ocenie mikroskopowej (tzw. badanie histopatologiczne).





OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

biopsja i badanie histopatologiczne pobranych wycinków jest jedynym sposobem potwierdzenia rozpoznania raka gruczołu krokowego. Uzyskane informacje są niezbędne do przeprowadzenia pogłębionych badań diagnostycznych i zaplanowania najskuteczniejszego leczenia. Niestety, brak potwierdzenia obecności nowotworu w wycinkach pobranych w czasie biopsji nie wystarcza do wykluczenia rozpoznania raka prostaty, konieczna jest regularna kontrola w poradni urologicznej, po kolejnych badaniach obrazowych może być zaproponowana powtórna biopsja i pobranie wycinków z innych lokalizacji w gruczole krokowym.

RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA

- **zakażenie pęcherza moczowego, prostaty, jąder, najądrzy** – aby zminimalizować ryzyko zakażenia biopsja jest wykonywana w trakcie profilaktycznego stosowania antybiotyku. Istotne klinicznie zakażenia pomimo profilaktyki antybiotykowej zdarzają się z częstością 1 na 100 pacjentów. Objawami takiej infekcji jest ból krocza, jąder, trudności w oddawaniu moczu, gorączka. Leczenie zakażenia jest prowadzone w warunkach szpitalnych, antybiotykiem podawanym dożylnie, pobyt szpitalny zazwyczaj trwa od 4 do 10 dni. W wyjątkowych przypadkach przebieg zakażenia może być ciężki, antybiotykoterapia przedłużona do kilku tygodni i prowadzona w warunkach oddziału intensywnej terapii (prawdopodobieństwo mniejsze niż 1 na 1000 pacjentów).
- **krwawienie z miejsca biopsji, obecność krwi w nasieniu i moczu** - jest to częste następstwo zabiegu, o różnym nasileniu jest obserwowane u > 50% pacjentów po biopsji, nie stanowi zagrożenia dla zdrowia, ustępuje samoistnie w ciągu ok. 1 - 2 tygodni. Aby ograniczyć ryzyko krwawienia po biopsji należy w pierwszych 3 dniach unikać wysiłku fizycznego, wypijać min. 2 l płynów w ciągu doby, stosować zaleconą profilaktykę antybiotykową, stosować się do zaleceń lekarza wykonującego biopsję odnośnie leków wpływających na krzepnięcie krwi.
- **utrudnione oddawanie moczu** – występuje rzadziej niż 1 raz na 100 pacjentów, wówczas może być konieczne wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego na okres 1 – 2 tygodni. Przyczyną tego zaburzenia jest obrzęk gruczołu krokowego i cewki moczowej po biopsji.

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

nie jest prawdopodobne występowanie niekorzystnych trwałych następstw proponowanego zabiegu,

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

nie istnieje alternatywne postępowanie do proponowanego zabiegu – wykonanie biopsji i ocena mikroskopowa wycinków z prostaty jest niezbędna do rozpoznania raka gruczołu krokowego i leczenia.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i rezygnacji z proponowanego zabiegu niemożliwe jest potwierdzenie podejrzanego raka prostaty. Nadal może Pan pozostać pod kontrolą poradni urologicznej, będą wykonywane badania kontrolne krwi i



badania obrazowe, będzie ponawiana propozycja biopsji prostaty. W miarę upływu czasu należy liczyć się z progresją raka i pojawianiem się objawów zaawansowanej choroby nowotworowej - 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, złamań kości w miejscach rozwoju przerzutów, utraty apetytu i utraty wagi, postępującego osłabienia lub nagłego niedowładu uniemożliwiającego wstanie z łóżka, konieczności stałej obecności opiekuna w celu przygotowywania posiłków, pielęgnacji, podawania leków. Nagłe stany pogorszenia stanu zdrowia wskutek krwotoku, zatrzymania moczu, niedrożności jelit, niewydolności nerek – mogą wymagać pilnego leczenia w szpitalu, w tym operacji. W tym zaawansowaniu raka 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 pieczęć 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 pieczęć 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 pieczęć 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