



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 LECZENIE ZABIEGOWE WPROWADZENIE CEWNIKA MOCZOWODOWEGO JJ

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

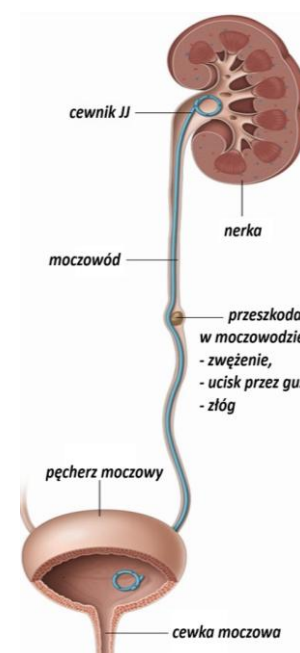
ADRES: Telefon:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

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

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA: WPROWADZENIE CEWNIKA MOCZOWODOWEGO JJ

Stwierdzono u Pani/Pana obecność przeszkody w przepływie moczu powodującej zastój moczu w nerce. Zastój moczu powoduje, że wydolność nerki zmniejsza się, pogarszają się wyniki badań laboratoryjnych krwi, co może niekorzystnie wpływać na skuteczność leczenia onkologicznego i długość życia. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o proponowanym zabiegu:

- cewnik moczowodowy podwójnie zagięty (tzw. cewnik JJ lub DJ) jest wykonany z miękkiego tworzywa sztucznego, ma długość około 25 cm i grubość 2-3 mm, jest wprowadzany do moczowodu „od dołu”, w czasie cystoskopii wykonywanej endoskopem wprowadzanym przez cewkę moczową do pęcherza,
- w czasie cystoskopii i wprowadzania cewnika JJ pacjent przebywa w pozycji półleżącej, z nogami opartymi na podpórkach,
- zabieg jest wykonywany w miejscowym znieczuleniu, trwa od 5 do 15 minut,
- po wprowadzeniu cewnika JJ do moczowodu jego górny koniec znajduje się w nerce (miedniczce nerkowej) a dolny koniec wewnątrz pęcherza moczowego. Cewnik JJ może pozostawać w drogach moczowych od kilku miesięcy do 1 roku. Jeśli jest konieczne długotrwałe utrzymywanie cewnika w moczowodzie – musi on być wymieniany w odstępach czasu określonych przez lekarza. Terminów wymiany wyznaczonych przez lekarza należy przestrzegać, aby uniknąć komplikacji.





OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

celem zabiegu jest poprawa odpływu moczu z nerki do pęcherza moczowego, wydolności nerki i wyników badań laboratoryjnych krwi, które są decydujące dla skuteczności leczenia.

RYZIKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

- **dolegliwości bólowe w podbrzuszu, uczucie częstego parcia na mocz** - objawy spowodowane obecnością końcówki cewnika JJ w pęcherzu moczowym, zazwyczaj ich nasilenie jest niewielkie i ustępują w ciągu kilku dni po zabiegu,
- **uraz moczowodu, krwimocz** – może być skutkiem forsownych prób pokonania przeszkody w moczowodzie podczas wprowadzania cewnika JJ. Podejmowanie przez lekarza wielokrotnych prób pokonania zwężenia za pomocą cewnika JJ wynika z dążenia do odbarczenia nerki w sposób, który później będzie dla pacjenta bardziej komfortowy i bezpieczny niż postępowanie alternatywne – nefrostomia.
- **zakażenie** – występuje rzadziej niż w 1 przypadku na 100 zabiegów, wymaga leczenia antybiotykiem.

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

- zwiększone ryzyko infekcji układu moczowego z powodu obecności cewnika, zalecane stosowanie roślinnych preparatów zmniejszających ryzyko infekcji, dostępnych bez recepty,
- konieczność powtarzania zabiegu w celu wymiany cewnika moczowodowego lub jego usunięcia,

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

- **nefrostomia** – przezskórna przetoka nerkowa, wprowadzenie drenu przez skórę do nerki pod kontrolą USG,

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia należy spodziewać się stopniowego, nieodwracalnego zaniku funkcji nerki, pogorszenia wyników badań laboratoryjnych świadczących o wydolności nerek. U pacjentów stosujących leczenie systemowe może być konieczne zmniejszenie dawek stosowanych leków lub przerwanie ich stosowania (wstrzymanie leczenia onkologicznego).



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