



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 ZABIEGOWE

ELEKTRORESEKCJA PRZECZEWKOWA GUZA PĘCHERZA MOCZOWEGO – TURT

Z MOŻLIWOŚCIĄ ZASTOSOWANIA JEDNORAZOWEJ DAWKI CHEMIOTERAPII DOPĘCHERZOWEJ PO ZABIEGU

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

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

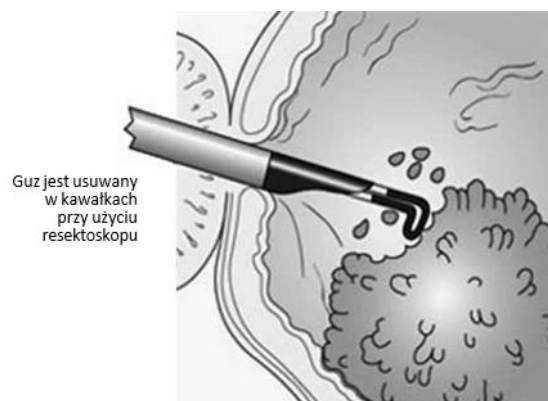
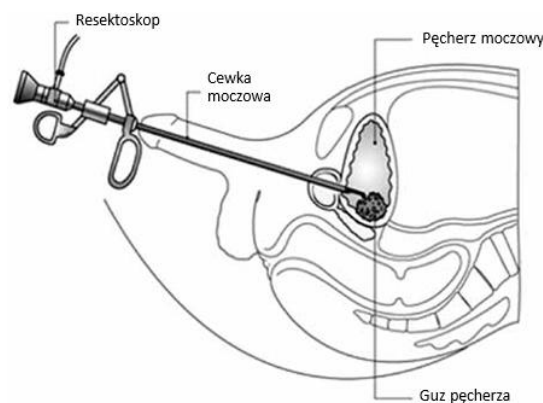
KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA:

ELEKTRORESEKCJA PRZECZEWKOWA GUZA PĘCHERZA MOCZOWEGO – TURT

Przeczkowa elektroresekcja guzów (TURT) jest endoskopową metodą usuwania nisko zaawansowanych zmian nowotworowych pęcherza moczowego. Podstawowe informacje o zabiegu:

- zabieg jest wykonywany w znieczuleniu ogólnym (pełne uśpienie) lub przewodowym (dolnej połowy ciała) po podaniu zastrzyku znieczulającego w okolicę nerwów wychodzących z kręgosłupa.
- początek zabiegu - po uzyskaniu znieczulenia do pęcherza moczowego przez cewkę jest wprowadzany resektoskop – przyrząd złożony z kamery oraz narzędzia do wycinania guza. Wycięte tkanki są wypłukiwane z pęcherza na zewnątrz i wysyłane do badania mikroskopowego (histopatologicznego),
- zabieg trwa od 20 do 60 minut, zależy od liczby i wielkości guzów pęcherza,
- czynności wycinania guza pęcherza towarzyszyć niewielkie





krwawienie ze ściany pęcherza moczowego, po zabiegu widoczne jako czerwone zabarwienie moczu, które zwykle ustępuje w ciągu 1-2 dni,

- po zabiegu w pęcherzu moczowym pozostawiany jest cewnik w celu zapewnienia dobrego odpływu moczu. Cewnik zwykle jest usuwany w dniu następnym po zabiegu ale po rozległych zabiegach zalecane jest pozostawienie cewnika w pęcherzu do czasu pełnego wygojenia ran, zwykle na 7-14 dni,
- jeżeli w czasie zabiegu endoskopowego zostały usunięte radykalnie wszystkie zmiany nowotworowe i w ocenie lekarza wykonującego zabieg istnieje wysokie prawdopodobieństwo ich nawrotu – może zostać Pani/Panu zaproponowana jednorazowa wlewka dopęcherzowa leku o działaniu cytostatycznym – czyli chemioterapia dopęcherzowa. Jest to postępowanie oparte na wynikach badań klinicznych i rekomendacjach towarzystw naukowych. Lekiem podawanym dopęcherzowo przez cewnik moczowy jest mitomycyna C lub gemcytabina, sporadycznie w razie ich niedostępności na rynku – dokсорubicyna. Leczenie dopęcherzowe jest przez pacjentów bardzo dobrze tolerowane. Wlewkę stosuje się zwykle w ciągu 24 godzin od zabiegu. Jego celem jest zmniejszenie prawdopodobieństwa nawrotu raka pęcherza moczowego lub opóźnienie ewentualnego nawrotu. Zastosowanie chemioterapii dopęcherzowej nie wydłuża czasu pobytu w szpitalu.

UWAGA: Jeżeli już teraz chciałby Pan lub chciałyby Pani wyrazić swój brak zgody na chemioterapię dopęcherzową po zabiegu – proszę to odnotować w poniższych oświadczeniach

OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

- całkowite usunięcie widocznych zmian nowotworowych,
- rozpoznanie raka o wysokiej inwazyjności, którego nawrotowi można zapobiec leczeniem dopęcherzowym (chemioterapią dopęcherzową lub immunoterapią),
- powstrzymanie rozwoju raka do wyższego stadium, w którym leczenie operacyjne polega na usunięciu pęcherza moczowego.

RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

- **krwimocz po zabiegu** – niewielki, ustępuje w ciągu kilku dni, jeśli jest intensywny – wymaga przeprowadzenia kolejnego zabiegu TURP i punkowego „przypalenia” krwawiących naczyń w pęcherzu moczowym,
- **zakażenie** – występuje rzadziej niż w 1 przypadku na 50 zabiegów, wymaga leczenia antybiotykiem.
- **perforacja ściany pęcherza moczowego** – możliwa w przypadku resekcji rozległych guzów, głęboko naciekających ścianę, guzów nawrotowych w miejscach wcześniejszych resekcji (cienka ściana pęcherza).
- **szacowane ryzyko powikłań i zgonu wskutek zabiegu** – próbą matematycznego sposobu wyliczenia prawdopodobieństwa zdarzeń niepożądanych jest model oceny klinicznej tzw. skala P-POSSUM. Ponieważ nie istnieje idealny model oceny, również ten nie uwzględnia wszystkich informacji (korzystnych i niekorzystnych), które mogą mieć znaczenie w przypadku indywidualnego pacjenta.



Szacowane ryzyko powikłań po zabiegu wg P-POSSUM wynosi:.....

Szacowane ryzyko zgonu wskutek zabiegu wg P-POSSUM wynosi:.....

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

- zwężenie cewki moczowej – może ujawnić się po kilku miesiącach od zabiegu, leczenie zwężenia cewki wymaga przeprowadzenia krótkiego zabiegu endoskopowego – tzw. uretrotomii,
- zwężenie moczowodu – prawdopodobne w przypadku usuwania guza zlokalizowanego w ujściu moczowodu do pęcherza moczowego, leczenie polega na endoskopowym wycięciu blizny zwężającej moczowód,
- zwłóknienie (marskość) pęcherza moczowego – prawdopodobne po wielokrotnych zabiegach TURT i usuwaniu bardzo licznych lub rozległych zmian nowotworowych, występuje z częstością mniejszą niż 1 na 100 pacjentów leczonych w ten sposób. Leczenie marskości pęcherza jest operacyjne i wymaga usunięcia całości lub części pęcherza moczowego (cystektomia).

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

- nie istnieje alternatywne postępowanie o skuteczności zbliżonej do leczenia zabiegowego,
- chemioterapia dopęcherzowa wykazuje skuteczność jedynie w zakresie zmniejszenia prawdopodobieństwa nawrotu (wznowy) tylko po całkowitej endoskopowej resekcji guza (TURT),
- radioterapia jako wyłączna metoda leczenia nie jest skuteczna w raku pęcherza. Ok. 40 % prawdopodobieństwo wyleczenia lub długotrwałej remisji jest możliwe tylko dzięki skojarzeniu radioterapii z dożylną wielomiesięczną chemioterapią u pacjentów, u których nie jest możliwe leczenie zabiegowe. Skojarzenie radioterapii i chemioterapii charakteryzuje się wysokim prawdopodobieństwem powikłań.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia należy spodziewać się postępu nowotworu złośliwego, 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 intensywnego krwimoczu wymagającego interwencji zabiegowej w obrębie pęcherza moczowego, transfuzji, niedokrwistości, utraty apetytu i utraty wagi, rozwoju przerzutów do mózgu, osłabienia 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 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:

wyrażam zgodę na leczenie zabiegowe guza pęcherza:

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

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

wyrażam zgodę na jednorazową chemioterapię dopęcherzową po zabiegu:

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

Nie wyrażam zgody na jednorazową chemioterapię dopęcherzową po zabiegu 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