



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 ZABIEG
WYTWORZENIE PRZETOKI NERKOWEJ (NEFROSTOMIA)**

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

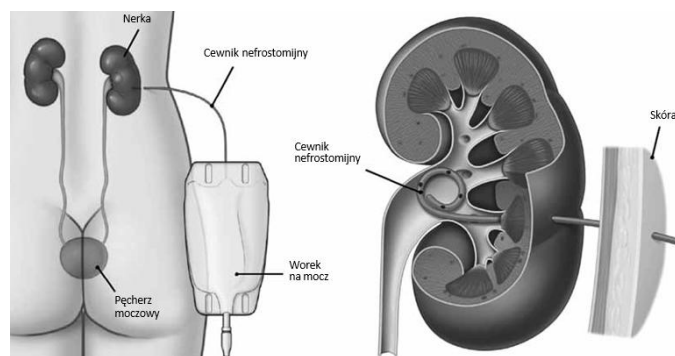
ADRES: Telefon:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

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

**INFORMACJA O PROPONOWANYM ZABIEGU:
WYTWORZENIE PRZETOKI NERKOWEJ (NEFROSTOMIA)**

Celem proponowanego zabiegu jest przezskórne odprowadzenie moczu bezpośrednio z nerki. Przebieg zabiegu:

- USG nerki i wybór miejsca wprowadzenia cewnika,
- znieczulenie miejscowe skóry,
- precyzyjne nakłucie nerki przez skórę pod żebrami,
- wprowadzenie tą drogą cienkiego cewnika do miedniczki nerkowej, umocowanie drenu do skóry,
- podłączenie worka na mocz
- czas wykonania zabiegu - około 15 minut.



Cewnik nefrostomijny co 2 miesiące wymienia lekarz w czasie wizyty w poradni urologicznej.

Worki na mocz można wymieniać samodzielnie co 3-4 dni.

Nefrostomia może być odprowadzeniem moczu tymczasowym lub stałym, o czym poinformuje lekarz prowadzący.



OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

Nefrostomia umożliwia odpływ moczu z nerki, poprawia funkcję nerki, zapobiega jej trwałemu uszkodzeniu i zmniejsza ryzyko rozwoju niewydolności nerek. W przypadku wcześniejszych kolek nerkowych – nefrostomia zapobiega ich nawrotom i daje czas na przygotowanie pacjenta do planowego zabiegu usuwającego przyczynę kolek – np. złożeń w drogach moczowych.

RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA

- **zakażenie** – w przypadku długotrwałego zastojów moczu w nerce po zabiegu nefrostomii ryzyko wystąpienia podwyższonej temperatury ciała, dreszczy – jest dość częste, występuje u około 20 % pacjentów. Leczenie wymaga stosowania antybiotyku, leków przeciwgorączkowych i przynajmniej 2-3 litrów płynów doustnie. U pacjentów w złym stanie ogólnym, u których nefrostomia jest zabiegiem pilnym w celu ratowania życia, ryzyko rozwoju ciężkiego zakażenia, sepsy, niewydolności krążeniowo-oddechowej – przekracza 50 %,
- **krwawienie** – domieszka krwi w moczu wypływającym przez dren występuje zawsze w pierwszych dniach po nakłuciu, w ciągu kilku dni całkowicie ustępuje bez leczenia. Istotne krwawienie po nakłuciu nerki występuje z częstotnością raz na 20 zabiegów, wymaga czasowego zamknięcia nefrostomii, podania leków przeciwkrwotocznych i pobytu w szpitalu przez kilka dni, do czasu ustąpienia krwimoczu. Znaczne krwawienie nie ustępujące po podaniu leków występuje raz na 200 zabiegów, może wymagać przeprowadzenia zabiegu embolizacji gałęzi tętnicy nerkowej - jest to zabieg wykonywany przez radiologa, polega na znieczuleniu miejscowym skóry w pachwinie i wprowadzeniu w tym miejscu cienkiego cewnika do tętnicy, wsunięcia tego cewnika tak, aby jego koniec trafił do krwawiącego odgałęzienia tętnicy nerkowej i podaniu w miejscu krwawienia preparatu zatrzymującego przepływ krwi. W razie braku możliwości przeprowadzenia tego zabiegu może być konieczne leczenie operacyjne w ogólnym znieczuleniu – założenie szwów na krwawiące miejsce w nerce lub usunięcie nerki (ryzyko mniejsze niż 1 na 350 zabiegów).
- **uraz opłucnej i odma opłucnowa** – zdarza się rzadziej niż raz na 500 zabiegów. Leczenie wymaga usunięcia nefrostomii, wprowadzenia cienkiego drenu do klatki piersiowej na kilka dni, wprowadzenia nowego drenu nefrostomijnego w innym miejscu.
- **nakłucie jelita** - powikłania zdarza się rzadziej niż raz na 500 zabiegów, ryzyko jest większe w przypadku istnienia wrodzonej wady położenia nerki. Leczenie polega na usunięciu nefrostomii i próbie leczenia farmakologicznego i dietetycznego, w razie nieskuteczności konieczne jest wykonanie operacji w znieczuleniu ogólnym i zeszytciu otworu w jelicie.
- **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

Nefrostomia może być odprowadzeniem moczu na kilka miesięcy, po których dren jest usuwany i przywracany jest fizjologiczny przepływ moczu do pęcherza moczowego – lub – może być odprowadzeniem moczu, które powinno pozostać na stałe. Często w dniu wykonywania zabiegu nefrostomii nie jest możliwe jednoznaczne podanie informacji o tym, jak długo będzie obecny dren w nerce i kiedy dokładnie będzie możliwe usunięcie. O długości pozostawiania nefrostomii najczęściej decyduje skuteczność leczenia onkologicznego, rokowanie co do wyleczenia z nowotworu, wydolność każdej z nerek, wyniki badań laboratoryjnych krwi.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

Jeżeli wskazaniem do wykonania nefrostomii jest rozległość choroby nowotworowej - niewyrażenie zgody na zabieg nefrostomii doprowadzi do nieodwracalnego, całkowitego ustania funkcji wydalniczej nerki (produkcji moczu), niewydolności nerek, pogorszenia wyników badań laboratoryjnych krwi uniemożliwiającego kontynuację leczenia onkologicznego (chemioterapii) i nieuchronnego postępu choroby nowotworowej prowadzącego do zgonu.

Długotrwały zastój moczu w nerce sprzyja powstaniu odmiedniczkowego zakażenia nerki, które może przebiegać w burzliwy sposób zagrażający życiu.

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