



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 URETERORENOSKOPIA (Z LITOTRYPSIĄ) - URS (URSL).

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:
Nazwisko i imię pacjenta

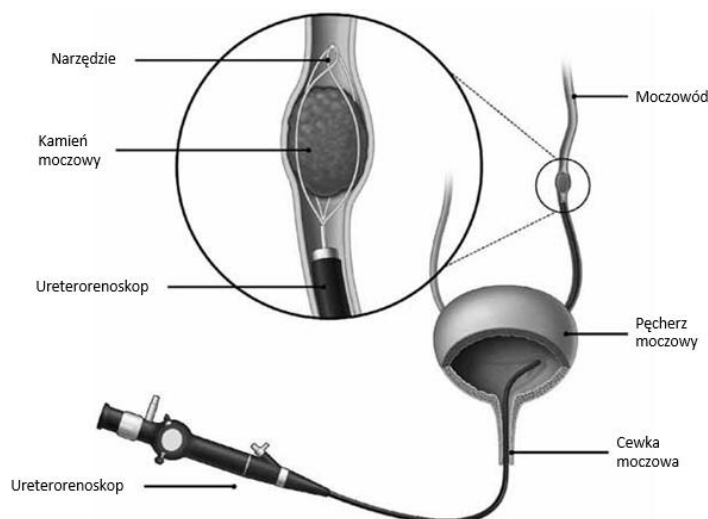
Data urodzenia: RRRR/MM/DD

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

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

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA URETERORENOSKOPIA (Z LITOTRYPSIĄ) - URS (URSL).

Ureterorenoskopia to zabieg, w trakcie którego urolog wprowadza cienki aparat optyczny (ureterorenoskop) przez cewkę moczową i dalej przez pęcherz bezpośrednio do moczowodu, bez wykonywania nacięć skóry. Endoskop umożliwia obejrzenie dróg moczowych – cewki, pęcherza, moczowodu, czasem też miedniczki nerkowej. W trakcie tego zabiegu można znaleźć i usunąć złoć z dróg moczowych, pobrać drobne wycinki z miejsc podejrzanych o nowotwór, można potwierdzić obecność guza nowotworowego,



którego rozpoznanie nie jest pewne w badaniach takich jak USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym (tzw. pełne uśpienie) i trwa od 30 do 60 minut. Po zabiegu w pęcherzu moczowym jest obecny cewnik pęcherzowy. Dodatkowo może być obecny cewnik wewnętrzny – tzw cewnik JJ lub DJ – obecny w moczowodzie sięgający od nerki do pęcherza moczowego, niewidoczny na



zewnątrz, ułatwiający spływ moczu z nerki do pęcherza. Cewnik pęcherzowy zazwyczaj jest usuwany w następnym dniu po zabiegu, natomiast cewnik moczowodowy JJ – po kilku tygodniach w poradni urologicznej.

OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

- u pacjentów z podejrzeniem guza moczowodu lub miedniczki nerkowej – zabieg URS pozwala na potwierdzenie rozpoznania i planowanie dalszego leczenia.
- u pacjentów z kamicą moczowodu – zabieg URSL pozwala na skruszenie i usunięcie złożu.

RYZIKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

- **krwawienie** - obecność niewielkiego i szybko ustępującego krwimoczu jest typowa dla tego rodzaju zabiegu, w razie przedłużonego krwawienia stosowane są leki przeciwkrwotoczne. W rzadkich przypadkach nasilonego krwawienia konieczne jest powtórzenie zabiegu URS i zaopatrzenie drobnych krwawiących naczyń.
- **objawy podrażnieniowe związane z obecnością cewników w drogach moczowych** – są typowe w pierwszych godzinach po zabiegu, jeżeli utrzymują się dłużej, są dokuczliwe i nie ustępują po lekach doustnych – cewniki moczowe są usuwane.
- **uraz moczowodu** – zdarza się rzadziej niż raz na 100 zabiegów, może wymagać wydłużonego do kilku miesięcy stosowania cewników moczowych. W bardzo rzadkich przypadkach uraz moczowodu w czasie zabiegu URS (URSL) wymaga pilnego leczenia operacyjnego z otwarciem jamy brzusznej i rekonstrukcją moczowodu i/lub wykonania przezskórnego nakłucia nerki (nefrostomii).
- **zakażenie** – zdarza się rzadziej niż raz na 50 zabiegów. Aby zapobiec temu powikłaniu zabieg jest wykonywany po profilaktycznym podaniu antybiotyku. W razie wystąpienia zakażenia stosowana jest terapia antybiotykowa.
- **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

Zabieg, który przebiega bez powikłań, nie pozostawia po sobie trwałych, niekorzystnych skutków odległych.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

- Jeżeli celem zabiegu URS jest weryfikacja podejrzenia nowotworu moczowodu lub miedniczki nerkowej –



alternatywnym postępowaniem w niektórych przypadkach może być badanie urograficzne TK lub RM jednak ze względu na wagę podejmowanej decyzji o usunięciu nerki – najpewniejszym sposobem potwierdzenia raka w moczowodzie lub miedniczce jest wprowadzenie endoskopu i bezpośrednia ocena wzrokowa dróg moczowych.

- Jeżeli celem zabiegu URS jest usunięcie złoju z moczowodu – w niektórych lokalizacjach złoju jest możliwe skruszenie złoju za pomocą zogniskowanej fali akustycznej w czasie zabiegu ESWL. Skuteczność takiego zabiegu jest jednak niewielka i obarczona powikłaniami.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia należy spodziewać się przedłużenia postępowania diagnostycznego, prób ustalenia rozpoznania mniej pewnymi metodami.

W przypadku kolki nerkowej spowodowanej złożem zaklinowanym w moczowodzie – brak zgody na zabieg powoduje, że proponowane jest nakłucie nerki (nephrostomia) lub cystoskopia i wprowadzenie cewnika moczowodowego. Takie zabiegi pozwalają opanować dolegliwości bólowe i zapobiec kolkom nerkowym jednak nie usuwają ich przyczyny.

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