



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 OPERACYJNE

ADENOMEKTOMIA GRUCZOŁU KROKOWEGO

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

Nazwisko i imię pacjenta

ADRES: Telefon:

ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

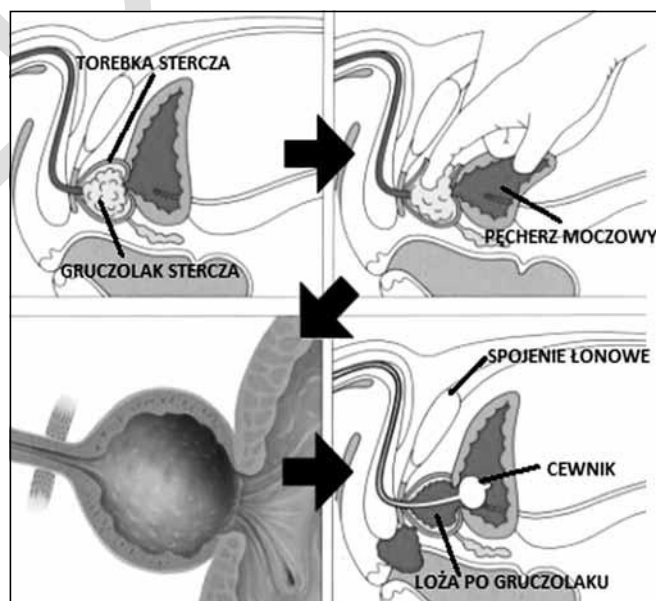
KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA:

ADENOMEKTOMIA GRUCZOŁU KROKOWEGO – WYŁUSZCZENIE GRUCZOLAKA STERCZA

Na podstawie zgłaszanych przez Pana objawów oraz przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana łagodny rozrost gruczołu krokowego powodujący uciążliwe objawy podrażnieniowe i przeszkodowe ze strony dolnych dróg moczowych. Proponowane leczenie chirurgiczne – tzw. adenomektomia gruczołu krokowego, polega na usunięciu nadmiernie rozrośniętej wewnętrznej części prostaty uciskającej na cewkę moczową – tzw. gruczolaka (łac. *adenoma*). Podstawowe informacje na temat operacji:

- na czas operacji zostanie zastosowane znieczulenie ogólne dotchawicze (tzw. pełne uśpienie),
- przebieg operacji - wykonywane jest cięcie skórne pionowe poniżej pępka, po odsunięciu pęcherza moczowego uwidacznia się gruczoł krokowy, po nacięciu



jego torebki z wnętrza gruczołu jest usuwany gruczolak (wyłuszczenie), następnie torebka prostaty jest zszywana, do pęcherza moczowego jest wprowadzany cewnik, w pobliżu prostaty dren wyprowadzony na zewnątrz, zszywane są mięśnie podbrzusza i skóra.



- usuwana podczas operacji tkanka jest wysyłana na badanie mikroskopowe - histopatologiczne,
- przewidywana długość pobytu w Oddziale Urologii wynosi zwykle 4 dni, rzadko jest dłuższa z powodów organizacyjnych lub w razie wystąpienia powikłań po zabiegu. Pacjent jest wypisywany do domu w stanie dobrym, po usunięciu cewnika pęcherzowego.

OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

- zmniejszenie lub ustąpienie dolegliwości związanych z oddawaniem moczu,
- wyraźna poprawa strumienia moczu i opróżniania pęcherza moczowego,
- zmniejszenie ryzyka zakażeń, kamicy pęcherza moczowego, zalegania moczu w pęcherzu, zatrzymania moczu wymagającego doraźnego wprowadzenia cewnika do pęcherza.

RYZYKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

- **krwawienie** - utrata krwi w czasie operacji najczęściej jest nieistotna, rzadziej niż u 1 pacjenta na 10 operowanych stosowana jest transfuzja.
- **przemijające utrudnienie oddawania moczu po zabiegu** - może wystąpić w pierwszych dniach po operacji i usunięciu cewnika, zdarza się u 1 pacjenta na 5 operowanych. Taka sytuacja może wymagać ponownego wprowadzenia cewnika do pęcherza na kilka dni.
- **zakażenie układu moczowego** – ryzyko wystąpienia jest niższe niż u 1 pacjenta na 5 operowanych i zdarza się praktycznie tylko u pacjentów, którzy przez wiele miesięcy przed zabiegiem mieli wprowadzony cewnik do pęcherza z powodu zatrzymania moczu. Aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, w dniu operacji stosowany jest profilaktycznie antybiotyk.
- **nietrzymanie moczu** – występuje rzadziej niż u 1 pacjenta na 50 operowanych, ma charakter przemijający,
- **zwężenie cewki moczowej** – zdarza się rzadziej niż u 1 pacjenta na 50 operowanych, ujawnia się wiele miesięcy po zabiegu, może być leczone krótkim zabiegiem wykonywanym endoskopem przez cewkę moczową.
- **zakażenie rany operacyjnej** – występuje rzadziej niż u 1 pacjenta na 50 operowanych, jest leczone antybiotykiem i odpowiednią pielęgnacją rany.
- **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

- **wytrysk wsteczny w czasie stosunku** – występuje u wszystkich pacjentów po adenomektomii, przyczyną braku wytrysku na zewnątrz jest powstały po zabiegu szeroki kanał cewki moczowej, którym nasienie łatwo wpływa wstecznie do pęcherza moczowego. Taki stan nie jest groźny, ale brak widocznego wytrysku może powodować dyskomfort psychiczny oraz może **uniemożliwić zapłodnienie**,
- **niepłodność** - jeśli planuje Pan posiadanie potomstwa – koniecznie należy to omówić z lekarzem, możliwe jest zdeponowanie nasienia w tzw. banku w celu późniejszego wykorzystania do zapłodnienia. Jeżeli nasienie nie zostanie zdeponowane przed operacją do banku nasienia, jest możliwe (w razie potrzeby) uzyskanie komórek rozrodczych (plemników) poprzez chirurgiczne ich pobranie bezpośrednio z jądra/najądra, jednak wykorzystanie ich następnie do zapłodnienia (in vitro) często kończy się niepowodzeniem.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

TURP – przezcewkowa resekcja gruczolaka stercza – jest to zabieg wykonywany endoskopowo, przez cewkę moczową, polega na usuwaniu gruczolaka prostaty poprzez ścinanie jego niewielkich fragmentów, jest czasochłonny i mniej wydajny od adenomektomii, dlatego jest proponowany pacjentom z niewielką objętością gruczolaka stercza.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie braku zgody na proponowane leczenie operacyjne (adenomektomia) i alternatywne sposoby postępowania pacjent nadal pozostaje pod opieką poradni urologicznej i kontynuuje leczenie łagodnego rozrostu prostaty tabletkami. W razie niecałkowitego opróżniania pęcherza z moczu a zwłaszcza w przypadku braku możliwości oddania moczu – do pęcherza moczowego na stałe jest wprowadzany cewnik.

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