



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F66

ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE
NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UŻYCIU TAŚMY TYPU 'TOT' LUB 'TOV'

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani **wysiłkowe nietrzymanie moczu**, które zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej można leczyć operacyjnie.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

Proponowane leczenie operacyjne nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przedtonowego / przez niewielkie nacięcia skóry sromu/ lub dostępu załonowego /przez niewielkie nacięcia skóry nad spojeniem łonowym/. Zabieg ten jest niekiedy łączony z plastyką przednią i/lub tylną ścian pochwy.

Podczas zabiegu drogą pochwową może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną /wyjątkowo rzadko/.

3. Celu, oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach

Celem proponowanej operacji jest zlikwidowanie dolegliwości klinicznych związanych z nietrzymaniem moczu. Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania

Przed zabiegiem operacyjnym konieczne jest wykonanie zleconych przez lekarza badań i konsultacji. W dniu zabiegu pacjent pozostaje na czczo i podawana jest profilaktyczna dawka antybiotyku, mająca na celu zminimalizowanie ryzyka powikłań infekcyjnych. Na sali operacyjnej zostanie założony cewnik do pęcherza moczowego /po znieczuleniu/. Przed i po zabiegu należy ściśle przestrzegać zaleceń lekarskich i pielęgniarskich.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub cewki
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej))
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- powstanie przetoki dróg moczowych /np. pęcherzowo- pochwowej/
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeń w opróżnianiu pęcherza moczowego

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

6. Konieczność zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania.

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

7. Konsekwencjach zaniechania leczenia:

W razie rezygnacji z leczenia operacyjnego naraża się Pani na utrzymywanie się dolegliwości klinicznych, nasilenie tych dolegliwości i/lub pogorszenie stanu zdrowia.

8. Alternatywnych metodach leczenia:

9. Uwagi:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

OŚWIADCZENIE PACJENTKI

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na badanie/zabieg*

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia **NIE WYRAŻAM ZGODY /** **COFAM UPRZEDNIO**
WYRAŻONA ZGODE* na badanie/zabieg*

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>