



**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_F88

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

INFORMACJA DLA PACJENTA – BIOPSJA STERCZA PRZEZODBYTNICZA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju schorzenia i wskazania do biopsji stercza

Po szczegółowej analizie schorzenia zaistniała konieczność zastosowania procedury w postaci biopsji przezodbytniczej stercza. Przed badaniem pacjent musi zgłosić personelowi pracowni ważne informacje dotyczące swojego stanu zdrowia: przyjmowanych lekach, które mogą mieć wpływ na krzepnięcie krwi, problemach z krzepnięciem krwi, alergiach na leki, sztucznych zastawkach serca lub wszczepionych rozrusznikach.

Wskazania do wykonania badania: pacjent z podejrzeniem raka prostaty z podwyższonym poziomem PSA, pacjent, u którego stwierdzono nieprawidłowość w badaniu przezodbytniczym, pacjent, który miał wcześniej biopsję prostaty z prawidłowym wynikiem histopatologicznym, u którego utrzymuje się podwyższone stężenie PSA, pacjent po wcześniejszej biopsji prostaty, która nie wykazała komórek nowotworowych, lecz stwierdzono w niej komórki o nieprawidłowej budowie.

3. Proponowanej metodzie przezodbytniczej biopsji stercza

Pacjent podczas badania ułożony jest na boku. Przed przystąpieniem do biopsji urolog wykonuje USG transrektalne oceniając gruczoł krokowy. Głowica transrektalna w swoim korpusie ma wbudowany kanał biopsyjny, przez który urolog wprowadza igłą TRUCUT. Igła TRUCUT jest specjalnie zaprojektowaną igłą, która umożliwia urologowi precyzyjne pobranie wycinków z gruczołu krokowego pod kontrolą obrazu oglądanego na monitorze aparatu USG. Kolejnym etapem jest pobranie od 6 do 12 wycinków z gruczołu krokowego. Czasami istnieje konieczność pobrania większej liczby wycinków. U pacjentów z bardzo dużym prawdopodobieństwem choroby nowotworowej wykonywana jest biopsja formalna (kilka wycinków). Wycinki pobrane podczas biopsji prostaty utrwalane są w formalinie a następnie po odpowiednim opracowaniu oceniane przez patomorfologa pod mikroskopem. Pacjenci poddawani biopsji gruczołu krokowego zgłaszają uczucie parcia na stolec, wrażenie ucisku na gruczoł krokowy. Moment pobrania wycinka z gruczołu krokowego odczuwany jest jako delikatne uktucie.

4. Możliwość wystąpienia powikłań

Zabieg biopsji prostaty jest zabiegiem bezpiecznym. Po biopsji gruczołu krokowego pacjenci zgłaszają niewielki dyskomfort odczuwalny w odbytnicy lub okolicy krocza. U części pacjentów pojawia się krew w moczu. Obecność krwi w moczu nie wymaga żadnej interwencji i ustępuje samoistnie. W przypadku utrzymywania się krwawienia lub

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

masywnego krwimoczu należy zgłosić się do urologa. Obecność krwi w nasieniu może pojawić się przez okres około miesiąca po biopsji. Krwawienie z odbytnicy utrzymuje się przez około 7 dni po biopsji gruczołu krokowego.

NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z UROLOGIEM PO BIOPSJI STERCZA W SYTUACJI:

- pojawienia się gorączki i bólu kroczca,
- utrzymującego się ponad 2-3 dni krwawienia z cewki moczowej lub odbytnicy,
- zatrzymania moczu od ponad 8 godzin.

Tak jak każde badanie inwazyjne biopsja gruczołu krokowego wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań. Wśród najczęściej wymienionych powikłań zalicza się: krew w nasieniu – hematospermia, krew w moczu – krwimocz, krwawienie z odbytnicy, zapalenie gruczołu krokowego lub zapalenie pęcherza moczowego, gorączka, urosepsa, zapalenie najądrza lub jądra

5. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

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

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

w pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem i oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania, co do informacji na temat proponowanej biopsji i dających się przewidzieć jej następstw i powikłań.

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

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

zapoznałam(em) się z treścią dotyczącą zabiegu oraz możliwości wystąpienia powikłań, na moje dodatkowe pytania i wątpliwości Lekarz udzielił wyczerpujących 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/ąłem 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,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych),

wyrażam zgodę na wykonanie przezodbytnicznej biopsji stercza bez zastrzeżeń,

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

<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 przeprowadzenie proponowanej operacji

<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>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia **NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ*** na przeprowadzenie proponowanej operacji

<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 właściwie

** 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>