Imię i nazwisko ……

Nr Historii choroby …….

Data urodzenia/PESEL ……..

Informacja dla pacjenta

1. Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji.

Rozpoznano u Pana żylaki powrózka nasiennego. Z tego powodu jest Pan zakwalifikowany do zabiegu warikocelektomii laparoskopowej. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz o leczeniu, które Panu zaproponowano.

2. Proponowana metoda laparoskopowego zaopatrzenia żylaków powrózka nasiennego

Żylaki powrózka nasiennego to poszerzenie, poskręcanie i wydłużenie naczyń żylnych odprowadzających krew z jądra oraz moszny i tworzących w worku mosznowym oraz ponad nim tzw. splot wiciowaty. Nieprawidłowy odpływ krwi żylnej może prowadzić do przewlekłych dolegliwości bólowych w mosznie i okolicach pachwinowych oraz do upośledzenia tworzenia i dojrzewania plemników, co skutkuje zaburzeniami płodności, a w skrajnych przypadkach całkowitą bezpłodnością. Operacja laparoskopowego zaopatrzenia żylaków powrózka nasiennego jest obecnie najskuteczniejszym sposobem leczenia tej choroby. Jest ona wykonywana w znieczuleniu ogólnym (narkozie), podczas którego pacjent jest całkowicie uśpiony, a podstawowe funkcje życiowe są stale monitorowane i wspomagane przez aparaturę anestezjologiczną. Zgoda na znieczulenie ogólne jest poprzedzona rozmową z anestezjologiem i stanowi odrębny dokument.

Na początku operacji urolog wykonuje trzy niewielkie nacięcia skóry, przeważnie zlokalizowane pod pępkiem i obustronnie w podbrzuszu. Położenie nacięć może być czasem modyfikowane w zależności od operowanej strony i budowy ciała pacjenta. W nacięciach umieszczone zostaną specjalne porty (tzw. trokary) umożliwiające wprowadzenie do wnętrza ciała pacjenta cienkich narzędzi chirurgicznych i kamery endoskopowej. Podczas operacji zostaje wypreparowana i następnie zamknięta specjalnymi klipsami żyła jądrowa, która jest odpowiedzialna za występowanie żylaków powrózka nasiennego.

Oczekiwane rezultaty zabiegu/przewidywany wynik leczenia operacyjnego: usunięcie żylaków powrózka nasiennego.

Alternatywną metodą leczenia jest operacja otwarta z nacięciem powłok ciała.

3. Możliwość wystąpienia powikłań.

Zabieg warikocelektomii laparoskopowej jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien Pan być jednak świadomy, że każda operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań. W przypadku zabiegu warikocelektomii mogą wystąpić powikłania takie jak: **wodnik jądra, krwawienie, uszkodzenie jelita, odma podskórna, powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne**. W przypadku komplikacji w trakcie tego zabiegu może być konieczna zmiana metody laparoskopowej na operację otwartą.

Niektóre z wymienionych powikłań mogą wymagać, ponownego zabiegu laparoskopowego, operacji otwartej lub konieczności przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

4. Oświadczenie pacjenta

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi możliwość zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem ……spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- przewidywanych wyników leczenia operacyjnego,
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

1. Podpis pacjenta i lekarza

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina. Podpis oraz pieczątka lekarza	

2. Sprzeciw pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina, podpis oraz pieczątka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjenta nie jest możliwe z powodu

.....……..

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.