Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F-PM 3/22**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Operacja endoskopowa przezskórnej nefrolitotrypsji prawej/lewej (PCNL)	**Wydanie I z dnia 21.02.2020**
		Strona 1 z 2

Imię i nazwisko ……

Nr Historii choroby …….

Data urodzenia/PESEL ……..

Informacja dla pacjenta

1. Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/Pana wskazania do operacji endoskopowej przezskórnej nefrolitotrypsji (PCNL). W Pani/Pana przypadku leczenie farmakologiczne nie może przynieść poprawy stanu zdrowia oraz samoistnego wydalenia złogu, dlatego konieczne jest leczenie operacyjne. W nerce znajduje się złóg, który jest przyczyną Pani/Pana dolegliwości, nieleczony może spowodować utrzymywanie się stanu zapalnego w obrębie dróg moczowych, upośledzać funkcję nerki, a u niektórych pacjentów spowodować nawet wystąpienie urosepsy, a w konsekwencji zgon.

2. Proponowana metoda przezskórnego kruszenia i usuwania złogu z nerki (PCNL)

Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, na brzuchu lub na plecach z uniesieniem strony operowanej. Przed zabiegiem konieczne jest w prowadzenie do układu moczowodowo-kielichowego (UMK) sondę. Wprowadza się ją przez cewkę moczową, pęcherz moczowy wprost do operowanej nerki. Podczas zabiegu operator podaje przez nią kontrast, który pozwala uwidocznić UMK, co ułatwia wykonanie dostępu do nerki. Pod kontrolą promieniowania rentgenowskiego operator nakłuwa nerkę, a następnie uzyskuje dostęp do operowanej nerki. Po wykonaniu kanału roboczego wprowadzony jest do UKM nerki operowanej nefroskop oraz wykonywany jest zabieg kruszenia złogu. Po usunięciu złogu, w świetle UKM nerki operowanej pozostaje nefrostomia, która pozostaje przez okres kilku dni po operacji. W wybranych przypadkach zaawansowanej kamicy konieczne jest pozostawienie nefrostomii na dłuży okres czasu, Np. do drugiego etapu. Do alternatywnych metod leczenia należy ESWL (lipotrypsja zewnątrzustrojową falą uderzeniową – potocznie „rozkruszenie złogów”), operacja otwarta lub laparoskopowa.

3. Możliwość wystąpienia powikłań

Zabieg PCNL jest zbiegiem bezpiecznym. Powinniście Państwo być jednak świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych poniżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia. Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia. Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. W pewnych wypadkach mogą wystąpić powikłania takie jak**: krwotok, zakażenie układu moczowego lub infekcja uogólniona, uszkodzenie miąższu nerki z osłabieniem jej funkcji lub pojawienie się przetoki tętniczo- żylnej, brak ustąpienia dolegliwości, nawrót choroby konieczność konwersji do operacji otwartej z koniecznością usunięcia operowanej nerki.** Część z wymienionych komplikacji może wymagać ponownego zabiegu, operacji otwartej lub konieczności przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych. Opisane powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych bez względu na ich rodzaj lub zakres.

Rozmowa z lekarzem

Prosimy, aby Pan/i zapytał/a nas o wszystko, co chciałaby Pan/i wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane

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.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F-PM 3/22**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Operacja endoskopowa przezskórnej nefrolitotrypsji prawej/lewej (PCNL)	**Wydanie I z dnia 21.02.2020**
		Strona 2 z 2

przez Panią/a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/a pytania.

Zastrzeżenia pacjentki/pacjenta, co do proponowanego leczenia operacyjnego

……
……
……

4. 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/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

5. Oświadczenie pacjenta

W pełni zrozumiałam/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

Podpis pacjenta i lekarza

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

3. 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	

8. Podpisanie formularza przez pacjentkę/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.