Imię i nazwisko ……

Nr Historii choroby …….

Data urodzenia/PESEL ……..

Informacja dla pacjenta

1. Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji.

Rozpoznano u Pani/Pana zwężenie połączenia miedniczkowo-moczowodowego. Na tej podstawie zakwalifikowano Panią/Pana do operacji laparoskopowej plastyki zwężenia. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Pani/Panu zaproponowano.

2. Proponowana metoda pieloplastyki laparoskopowej

Połączenie miedniczkowo-moczowodowe określane również podmiedniczkowym odcinkiem moczowodu, to początkowy odcinek moczowodu, położony tuż pod nerką. Zwężenie to powoduje utrudniony odpływ moczu lub brak odpływu moczu z nerki. Może to prowadzić do wzrostu ciśnienia w nerce w następstwie zalegania moczu, powstania utrwalonego wodonercza i stopniowego uszkadzania miąższu nerkowego. Operacja będzie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym (narkozie), podczas którego będzie Pani/Pan całkowicie uśpiona/uśpiony. Zgoda na znieczulenie ogólne jest poprzedzona rozmową z anestezjologiem i stanowi odrębny dokument. W pierwszym etapie zwykle wprowadza się do nerki cewnik podwójnie zagięty (DJ) pod kontrolą cystoskopu. Następie pacjent układany jest na stole operacyjnym, w pozycji na boku. Zostaną wykonane 3 lub 4 nacięcia skóry długości od 0,5 cm do 1 cm, przez które operator wprowadzi do jamy otrzewnej narzędzia chirurgicznie oraz kamerę. Po zlokalizowaniu okolicy połączenia miedniczkowo-moczowodowego następuje wycięcie krótkiego, zwężonego odcinka moczowodu oraz częściowa resekcja miedniczki nerkowej, jeśli rozpoznano jej nadmierne powiększenie. W następnym etapie operator odtworzy ciągłość układu moczowego poprzez przyszycie moczowodu do miedniczki nerkowej w taki sposób, że połączenie obu tych struktur będzie szerokie, co zapewni w przyszłości niezaburzony odpływ moczu z nerki. Operację kończy wprowadzenie drenu asekuracyjnego oraz zszycie powłok jamy brzusznej.

Oczekiwane rezultaty zabiegu/przewidywany wynik leczenia operacyjnego: przywrócenie prawidłowego odpływu moczu z miedniczki nerkowej.

Alternatywną metodą leczenia jest operacja otwarta z nacięciem powłok ciała.

3. Możliwość wystąpienia powikłań.

Zabieg pieloplastyki laparoskopowej jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien Pan/Pani być świadomy, że każda operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań. W przypadku zabiegu pieloplastyki laparoskopowej mogą wystąpić powikłania takie jak: **krwawienie, odma podskórna, przedłużony wyciek z drenu, uraz dwunastnicy, jelita cienkiego, jelita grubego lub trzustki, uraz śledziony, zmiana metody na zabieg otwarty, powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne, upośledzenie funkcji nerki operowanej, nawrót zwężenia miedniczkowo-moczowodowego.** W przypadku komplikacji w trakcie tego zabiegu może być konieczna zmiana metody laparoskopowej na operację otwartą. Część z wymienionych powikłań może 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.

5. Podpis pacjenta i lekarza

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

6. 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 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.