Imię i nazwisko ……

Nr Historii choroby …….

Data urodzenia/PESEL ……..

Informacja dla pacjenta

1. Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji.

Lekarze w wyniku badania tkanek pobranych podczas biopsji oraz po przeanalizowaniu innych badań w tym oceny stężenia PSA we krwi stwierdzili w Pańskim gruczole krokowym (prostacie) obecność komórek nowotworowych – raka gruczołu krokowego. Zaawansowanie Pańskiej choroby uzasadnia **leczenie radykalne tzn. takie, które daje szansę na całkowite wyleczenie.** Operacja taka nosi nazwę prostatektomii radykalnej i polega na całkowitym wycięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi oraz węzłami chłonnymi miednicy.

2. Proponowana metoda radykalnej prostatektomii laparoskopowej

Operacja wykonywana jest w znieczuleniu podpajęczynówkowym (przewodowym, lędźwiowym). Zgoda na znieczulenie jest poprzedzona rozmową z anestezjologiem i stanowi odrębny dokument.

Technika operacji laparoskopowej polega na wytworzeniu kilku (najczęściej pięciu) niewielkich cięć skórnych na przedniej powierzchni brzucha, w których umieszczone zostaną specjalne porty (tzw. trokary) umożliwiające wprowadzenie do wnętrza ciała pacjenta cienkich narzędzi chirurgicznych i kamery. Podczas operacji wycina się całą prostatę z nowotworem, pęcherzyki nasienne oraz w większości przypadków węzły chłonne okolicy miednicy mniejszej. Ponieważ wraz ze sterczem usuwa się przebiegający przez niego odcinek cewki moczowej, kolejnym etapem operacji jest wytworzenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego, polegające na odtworzeniu ciągłości dolnych dróg moczowych poprzez przyszycie cewki do pęcherza moczowego. Po operacji pozostawiany jest dren asekuracyjny. W pęcherzu moczowym umieszcza się cewnik, przez który odpływa mocz. Cewnik zwykle usuwany jest po upływie kilku do kilkunastu dni.

Oczekiwane rezultaty zabiegu/przewidywany wynik leczenia operacyjnego: całkowite usunięcie gruczołu krokowego z pęcherzykami nasiennymi.

Alternatywą jest radykalna prostatektomia metodą otwartą, radioterapia lub brachyterapia.

3. Możliwość wystąpienia powikłań.

Zabieg prostatektomii radykalnej laparoskopowej jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien Pan być jednak świadomy, że każda operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań. W przypadku zabiegu prostatektomii radykalnej laparoskopowej wystąpić powikłania takie jak: **masywne krwawienie, zaburzenia trzymania moczu/nietrzymanie moczu, zaburzenia wzwodu prącia, zwężenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego, nieszczelność zespolenia cewkowo-pęcherzowego, torbiel chłonna, zakażenie rany pooperacyjnej, uszkodzenie jelita grubego.** W przypadku komplikacji w trakcie tego zabiegu może być konieczna zmiana metody laparoskopowej na operację otwartą.

Niektóre z wymienionych powyżej 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.

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 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.