Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F-PM 3/24**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Operacja endoskopowa usunięcia guza pęcherza moczowego (TURT)	**Wydanie I** **z dnia 21.02.2020r.**
		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 Pana wskazania do operacji endoskopowej usunięcia guza pęcherza moczowego. W Pana przypadku leczenie farmakologiczne nie może przynieść poprawy stanu zdrowia, dlatego konieczne jest leczenie operacyjne. Guz pęcherza moczowego jest chorobą nowotworową, która nieleczona może powodować uogólnienie się procesu nowotworowego, a w konsekwencji zgon. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/a wskazania do leczenia operacyjnego.

2. Proponowana metoda endoskopowego usunięcia guza pęcherza moczowego (TURT)

Operację wykonuje się w znieczuleniu podpajeczynówkowym lub ogólnym. Po ułożeniu pacjenta w pozycji ginekologicznej. Operator wprowadza przez cewkę moczową resektoskop, z systemem optycznym, do pęcherza moczowego, a następnie pod kontrolą wzroku wycina guz zlokalizowany na ścianie pęcherza moczowego. Po usunięciu guza, operator koaguluje krwawiące naczynia. Po wypłukaniu skrawków guza z pęcherza moczowego wprowadzany jest cewnik moczowy, który jest usuwany po ok. 48 - 72 godzinach, natomiast uzyskany materiał tkankowy wysyłany jest do oceny patomorfologicznej. W wybranych przypadkach brak jest leczenia alternatywnego. Jedynie w przypadku naciekających mięśniówkę nowotworów konieczna jest operacja otwarta z koniecznością usunięcia całego pęcherza moczowego.

3. Możliwość wystąpienia powikłań

Zabieg TURT jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien Pan być świadomy, 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, zwężenie cewki moczowej, uszkodzenie pęcherza i odbytnicy, nietrzymanie moczu, zaburzenia wzwodu prącia, brak ustąpienia dolegliwości oraz nawrót choroby lub progresja choroby mimo zastosowanego leczenia radykalnego.** Część z wymienionych komplikacji może wymagać ponownego zabiegu, operacji otwartej lub konieczności przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych.

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

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 3/24**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Operacja endoskopowa usunięcia guza pęcherza moczowego (TURT)	**Wydanie I** **z dnia 21.02.2020r.**
		Strona 2 z 2

Zastrzeżenia 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.