Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	**Formularz**	**F-PM 3/25**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Operacja endoskopowa usunięcia złogu z moczowodu prawego/lewego (URSL)	**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 Pani/a wskazania do operacji endoskopowej usunięcia złogu moczowodu prawego/lewego/obustronnie. W Pana przypadku leczenie farmakologiczne ułatwiające usunięcia złogu może nie przynieść efektów w postaci samoistnego wydalenia złogu, dlatego konieczne jest leczenie operacyjne. Kamica moczowodowa jest schorzeniem, które nieleczone może powodować przewlekły zastój w górnych drogach moczowych, powodując dolegliwości bólowe w postaci kolki nerkowej. Przewlekły nieleczony zastój może skutkować infekcją dróg moczowych, osłabieniem funkcji nerek a w niektórych przypadkach konieczność leczenia nerkozastępczego lub rozwój urosepsy. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/a wskazania do leczenia operacyjnego.

2. Proponowana metoda endoskopowego usunięcia złogu z moczowodu (URSL)

Metoda ta polega na wprowadzeniu do pęcherza moczowego, a następnie do moczowodu cienkiego aparatu (ureterorenoskopu), przy pomocy, którego można oglądać wnętrze moczowodu i nerki. W razie konieczności można naciąć zwężony moczowód, skruszyć i usunąć złóg moczowodowy - niedostępny dla innych metod, pobrać do badania lub usunąć guz znajdujący się w moczowodzie. Zabieg URSL wykonuje się w znieczuleniu polegającym na podaniu środka znieczulającego poprzez nakłucie okolicy kręgosłupa – będzie Pani/ Pan przytomny w czasie operacji. Po zabiegu przez około od 6 godzin do 2 dni a czasem dłużej utrzymywany jest cewnik w pęcherzu moczowym oraz w wybranych przypadkach także w moczowodzie. Czasami zachodzi konieczność pozostawienia na kilka tygodni w moczowodzie wewnętrznego cewnika –DJ w celu zapewnienia prawidłowego gojenia. Celem operacji jest uzyskanie odpływu moczu z nerki, złagodzenie dolegliwości bólowych typowych dla kolki nerkowej oraz usunięcie złogu z moczowodu. W wybranych przypadkach leczenie alternatywne polega na konieczności otwartego lub laparoskopowego dostępu do moczowodu i bezpośrednie usunięcie znajdującej się w moczowodzie zmiany.

3. Możliwość wystąpienia powikłań

Zabieg URSL jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien Pan/i być świadomy/a, 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, perforacja lub oderwanie moczowodu, uszkodzenie pęcherza moczowego, brak ustąpienia dolegliwości, migracja złogu do układu kielichowo-miedniczkowego nerki z koniecznością zastosowania innej metody leczenia tj. PCNL** (nefrolitotomia przezskórna – rozkruszanie i usuwanie złogów metodą endoskopową) **lub ESWL** (litotrypsja zewnątrzustrojową falą uderzeniową - potocznie „rozkruszanie złogów przezskónie”)**, konieczność konwersji do operacji otwartej lub laparoskopowej.** Część z wymienionych komplikacji

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 3/25**
	Świadoma zgoda na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Operacja endoskopowa usunięcia złogu z moczowodu prawego/lewego (URSL)	**Wydanie I z dnia 21.02.2020r.**
		Strona 2 z 2

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.

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 poinformowany/a 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.