Imię i nazwisko: ……..

Nr historii choroby: …….

Data urodzenia / Pesel: ……

1. **Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji**

Lekarze w wyniku badania tkanek pobranych podczas przezcewkowej elektroresekcji guza pęcherza moczowego (TURBT) stwierdzili w Pani/Pana pęcherzu moczowym obecność komórek raka naciekającego warstwę mięśniową pęcherza moczowego. Zaawansowanie Pani/Pana choroby pozwala na leczenie radykalne tzn. takie, które daje szanse na całkowite wyleczenie. Operacja taka nosi nazwę CYSTEKTOMII RADYKALNEJ i polega na całkowitym wycięciu pęcherza moczowego wraz z przylegającymi narządami (u mężczyzn - gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, u kobiet - przednia ściana pochwy, macica oraz przydatki) oraz węzłami chłonnymi drenującymi ten narząd.

2. **Proponowana metoda usunięcia pęcherza moczowego z odprowadzeniem moczu poprzez przetoki moczowodowo-skórne.**

Zabieg przeprowadzony jest w znieczuleniu ogólnym. Operacja jest przeprowadzana z cięcia podłużnego w podbrzuszu (pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym). Po usunięciu węzłów chłonnych usuwany jest pęcherz moczowy odpowiednio z macicą u kobiet lub sterczem u mężczyzn. W zależności od sytuacji zakres zabiegu może być rozszerzony lub zmieniony. Po usunięciu pęcherza operator wykonuje wyłonienie prawego i lewego moczowodu na powłoki brzuszne w okolicę odpowiednio prawego i lewego podbrzusza. Zespolenie moczowodowo-skórne wykonuje się pozostawiając w świetle moczowodów sondy- cewniki S-J. W okresie pooperacyjnym pozostawiamy również dreny, które w przebiegu pooperacyjnym są usuwane. Pacjent opuszcza oddział z workami urostomijnymi naklejonymi w miejsce wyłonienia moczowodów na powłoki jamy brzusznej. Naciekający rak pęcherza moczowego jest chorobą nowotworową, która nieleczona może powodować uogólnienie się procesu nowotworowego,
a w konsekwencji zgon. W wybranym schorzeniu leczeniem alternatywnym jest w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego - radykalna radioterapia z pól zewnętrznych.

3. **Możliwość wystąpienia powikłań.**

Zabieg cystektomii radykalnej jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien/a Pan/i być świadomy/a, że każda operacja jest zawsze związana z ryzykiem, w tym wystąpienia 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 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 z koniecznością ponownej operacji; powikłania krążeniowo-oddechowe; powikłania zakrzepowo-zatorowe; odczyny alergiczne na środki stosowane w procesie diagnostyczno-terapeutycznym; zakażenie rany; zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego (niedrożność, perforacja, martwica jelit z koniecznością wytworzenia tymczasowego przezskórnego odprowadzenia treści pokarmowej); perforacja układu moczowego; przetoka moczowa; zakażenie układu moczowego; zapalenie otrzewnej; sepsa; konieczność wytworzenia przetoki moczowej(nefrostomia); niebezpieczeństwo niewydolności nerek, konieczność dializoterapii; nawrót choroby nowotworowej; zrosty; przeczulica blizny pooperacyjnej; przepuklina blizny pooperacyjnej; zaburzenia potencji. Część z wymienionych komplikacji może wymagać ponownego zabiegu, operacji otwartej lub konieczność 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. **Przygotowanie do zabiegu operacyjnego**

Zabieg wykonywany jest w trybie planowym po uprzednim wykonaniu podstawowych badań takich jak: morfologia, białko całkowite, albumina, badanie układu krzepnięcie, oznaczenie grupy krwi, jonogram, kreatynina, mocznik. glukoza, badaniu ogólnym moczu, RTG klatki piersiowej i EKG. Dokonywana jest ocena ryzyka anestezjologicznego i urologicznego.

5. **Możliwa konieczność zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczność, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody również na tą okoliczność. Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłby również ponowne znieczulenie.

6. **Możliwe skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia:**

- brak możliwości skutecznego i prawidłowego leczenia;
- rozwój choroby nowotworowej,
- ogólne pogorszenie stanu zdrowia prowadzące aż do śmierci pacjenta;
- powikłania narządowe: nacieki nowotworowe, przerzuty do narządów, wodonercze, niewydolność nerek;
- posocznica, krwawienie z dolnych dróg moczowych niedające opanować się farmakologicznie, prowadzące do zgonu włącznie.

7. **Jak należy się zachowywać po zabiegu operacyjnym**

Po zabiegu pacjent może być wybudzony w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (z założoną rurką intubacyjną) lub w sali wybudzeń. Jeżeli pozostawiono dren, o jego usunięciu decyduje lekarz chirurg. Początkowo może być stosowane żywienie dożylne, następnie wprowadzana jest doustną dieta bezresztkowa, którą stopniowo się rozszerza. W 7-10 dobie po zabiegu usuwane są szwy skórne.

8. **Pytania pacjenta**

Prosimy, aby Pani/Pan zapytał/a nas o wszystko, co chciałby Pani/Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w Oddziale Urologicznym z Pododdziałem Urologii Onkologicznej. Chętnie odpowiemy na wszelkie pytania.

Zastrzeżenia pacjentki/pacjenta co do proponowanego leczenia operacyjnego:

……
……
……
……
……

Uwagi lekarza:

……
……
……
……
……

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.

Oświadczenie pacjenta

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem …… spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji w szczególności na temat:

- rozpoznania,
- wskazań do rozszerzenia procedury operacyjnej,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstwach zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- przewidywanych wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej oraz wyrażam świadomą zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Bez zastrzeżeń (albo z powyższymi zastrzeżeniami) **zgadzam się** na przeprowadzenie u mnie zaproponowanego leczenia operacyjnego oraz ewentualnej zmiany lub rozszerzenia, które okaże się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

…… ……

data podpis lekarza podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.
Zostałam/em poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencja takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

…… …… ……..

data podpis lekarza podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez Pacjenta jest niemożliwe z powodu

……

…… ……

data podpis lekarza

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.