*Niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko: ……..

Nr historii choroby: …….

Data urodzenia / Pesel: ……

I. INFORMACJA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA PACJENTA I ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana wodniak jądra.

II. PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY LECZNICZE ORAZ DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

Opis zabiegu: operacja polega na wypreparowaniu wodniaka z dostępu mosznowego, ewakuacji płynu z osłonek pochwowych jądra z ich jednoczesną plastyką, która ma na celu zapobieżenie nawrotu choroby w przyszłości.
Wskazania do wykonania zabiegu: zwiększona ilość płynu w osłonkach pochwowych jądra.
Przygotowanie do zabiegu operacyjnego: Zabieg wykonywany jest w trybie planowym po uprzednim wykonaniu podstawowych badań takich jak: morfologia, badanie układu krzepnięcie, oznaczenie grupy krwi, badanie poziomu elektrolitów, kreatyniny, mocznika, glukozy, badaniu ogólnym moczu i EKG. W razie potrzeby oznaczane są tzw. markery nowotworowe- HCG; AFP; LDH. Dokonywana jest ocena ryzyka anestezjologicznego i urologicznego. Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym, dlatego pacjent musi pozostawać na czczo 6 godzin poprzedzających zabieg.

III. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA: punkcją wodniaka- częste nawroty, ryzyko zakażenia.

IV. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Zabieg plastyki wodniaka jądra jest zabiegiem bezpiecznym. Powinien Pan być świadomy, że 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 także przyczyną śmierci. Nie można, zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim 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 taki jak: zakażenie; gorączka; krwawienie; krwiak moszny; zapalenie jądra i najądrza; ropień moszny; konieczność powtórnego zabiegu; krwiak w miejscu podania znieczulenia; powikłania krążeniowo-oddechowe; powikłania zakrzepowo-zatorowe; odczyny alergiczne na środki stosowane w procesie diagnostyczno-terapeutycznym; powikłania związane ze znieczuleniem; zgon; powstanie blizny pooperacyjnej.

V. MOŻLIWA 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 proponowanego zabiegu. W szczególnych przypadkach może zaistnieć konieczność usunięcia jądra. W momencie zastania podczas operacji przydatków jądra, zostaną one usunięte, ponieważ istnieje ryzyko, iż w przyszłości będą się one skręcać, powodując „ostrą mosznę”.
W trakcie zabiegu może zaistnieć konieczność przetoczenia krwi- nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń i ograniczeń dotyczących przetaczania krwi i jej składników.

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.

*Niepotrzebne skreślić

VI. MOŻLIWE SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

Nieleczony wodniak jądra może zwiększać swoje rozmiary utrudniając codzienną aktywność. Ponadto może być przyczyną niepłodności i zaniku jądra.

VII. JAK NALEŻY ZACHOWAĆ SIĘ PO ZABIEGU OPERACYJNYM

Po zabiegu należy pozostać w łóżku do momentu powrotu czucia i ruchomości kończyn (w razie znieczulenia przewodowego), następnie stopniowo rozszerzać aktywność fizyczną i dietę. Po operacji obowiązuje zakaz dużych wysiłków fizycznych przez okres od 4 do 6 tygodni.

VIII. PYTANIA PACJENTA

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

ZASTRZEŻENIA PACJENTA, CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO:

Zastrzeżenia 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.

*Niepotrzebne skreślić

Oświadczenie pacjenta

W pełni 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.
Zostałem 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.