*Niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko: ……..

Nr historii choroby: …….

Data urodzenia / Pesel: ……

I. **Proponowane oraz możliwe metody leczenia**

1. Rodzaj schorzenia

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/Pana wskazanie do operacji organooszczędnej resekcji nerki (NSS) ze względu na zdiagnozowany guz nerki. W Pani/Pana przypadku leczenie farmakologiczne nie może przynieść poprawy stanu zdrowia, dlatego konieczne jest leczenie operacyjne. Guz nerki jest chorobą nowotworową, która nieleczona może powodować uogólnienie się procesu nowotworowego, a w konsekwencji prowadzi do zgonu.

2. Opis zabiegu

Zabieg nerkooszczędzajacy (NSS) to usunięcie guza nerki z marginesem zdrowego miąższu. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu ogólnym w ułożeniu na plecach lub na boku przeciwległym do operowanego. Operator otwiera powłoki uzyskując dostęp do nerki. W trakcie zabiegu może wystąpić konieczność usunięcia części XI żebra. Szypuła nerkowa jest zabezpieczona i ewentualnie czasowo zaciskana w hipotermii miejscowej (schłodzenie śródoperacyjne nerki). Guz zostaje wypreparowany wraz z marginesem zdrowej tkanki. Loża po guzie zabezpiecza jest szwami, następnie warstwowo zamyka się powłoki brzuszne. Zwykle po operacji pozostaje dren. W trakcie trwania zabiegu jego zakres może ulec zmianie ze względu na stopień zaawansowania choroby występujący u danego pacjenta (możliwość usunięcia nerki w całości). W wybranym schorzeniu leczeniem alternatywnym u niektórych pacjentów jest wykonanie operacji metodą laparoskopową.

3. Wskazania do wykonania zabiegu

Zabieg nerkooszczędajacy (NSS) służy do leczenia nowotworów nerki. Wskazaniami do wykonania zabiegu są nowotwory nerki.

4. Cel wykonania zabiegu nerkooszczędzającego (NSS)

Celem zabiegu jest usunięcie guza nerki z zachowaniem narządu.

5. Przygotowanie do zabiegu operacyjnego

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

II. **Możliwość wystąpienia powikłań**

Zabieg nerkooszczędzającego resekcji guza nerki jest zabiegiem bezpiecznym. Jednakże każdą ingerencja medyczna obarczona jest ryzykiem, w tym wystąpienia powikłań, zarówno wymienionych poniżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia. Dołożymy wszelkich starań, by zapewnić pełne bezpieczeństwo proponowanego zabiegu oraz minimalizację ewentualnych powikłań. Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposoby leczenia, konieczności przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych, przedłużenia okresu leczenia. Bardzo rzadko dochodzi do zgonu.

Nie można, zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia. Żaden lekarza nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania, które mogą być związane z leczeniem: krwotok z koniecznością ponownej operacji; krwiak w ranie pooperacyjnej; gorączka; zakażenie rany pooperacyjnej; zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego (niedrożność, perforacja, martwica jelit); uszkodzenie narządów jamy brzusznej; zapalenie otrzewnej; sepsa; przetoka moczowa z zaciekiem moczu; wodonercze; konieczność

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.

pozostawienia sondy w układzie moczowym; powikłania krążeniowo-oddechowe; powikłania zakrzepowo-zatorowe; odczyny alergiczne na środki stosowane w procesie diagnostyczno-terapeutycznym; powikłania związane ze znieczuleniem; przejściowa niewydolność nadnerczy; niebezpieczeństwo niewydolności nerek, konieczność dializoterapii; nawrót choroby nowotworowej; uszkodzenie związane z ułożeniem: porażenie splotu ramiennego, nerwu strzałkowego wspólnego, nerwu piszczelowego; wiotkość powłok brzusznych związana z uszkodzeniem nerwów międzyżebrowych; odma opłucnowa; przepuklina w bliźnie pooperacyjnej; zrosty; przeczulica w bliźnie pooperacyjnej.

III. **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 także i na tę okoliczność. Przy braku takowej zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/Pana zdrowia. W trakcie zabiegu może zaistnieć konieczność wycięcia części jelita z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego lub wytworzeniem sztucznego odbytu- kolostomii (czasowo lub na stałe); usunięcie śledziony, nadnercza; w przypadku naciek na dwunastnicę zabieg na dwunastnicy, całkowite usunięcie nerki; konwersja i otwarcie przezotrzewnowe jamy brzusznej.

IV. **Możliwe skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia.**

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

V. **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. W 7-10 dobie po zabiegu usuwane są szwy skórne. Dietę i aktywność fizyczną należy rozszerzać stopniowo.

VI. **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.

*Niepotrzebne skreślić

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.