



KLINIKA UROLOGII

Ordynator: dr hab. Piotr Jarzemski, prof. UMK
tel. 52 36 55 306, www.urologia.biziel.pl

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75 85-168 Bydgoszcz

PR4_F471_w3

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE ZWĘŻENIA CEWKI MOCZOWEJ

Imię i Nazwisko:

PESEL:

WSTĘP

Prosimy o przeczytanie poniższego tekstu z uwagą. W przypadku jakichkolwiek niejasności lub dodatkowych pytań, prosimy o zwrócenie się do lekarza prowadzącego. Na końcu formularza poprosimy Pana o wyrażenie pisemnej zgody na proponowany zabieg operacyjny.

KWALIFIKACJA DO ZABIEGU

Po przeprowadzonych badaniach stwierdzono zaburzenia oddawania moczu. Lekarz podejrzewa zwężenie cewki moczowej. Proponujemy Panu przeprowadzenie zabiegu z dostępu przez cewkę moczową, z próbą jednoczesowego rozcięcia lub wycięcia miejsca zwężenia.

PRZEBIEG ZABIEGU

Pacjent układany jest w pozycji ginekologicznej z nogami uniesionymi do góry. W znieczuleniu (najczęściej podpajęczym) przez cewkę zostaną wprowadzone narzędzia, za pomocą których będziemy mogli obejrzeć moczową i zlokalizować ewentualnie miejsce zwężenia. Po potwierdzeniu zwężenia, w zależności od umiejscowienia i rozległości, dokonamy próby jego rozcięcia, lub wycięcia. Po zabiegu w pęcherzu pozostawimy się cewnik na okres kilku godzin lub dni.

Po zabiegu pacjent otrzymuje leki i kroplówki drogą dożylną. Zalecamy kilkugodzinny reżim łóżkowy. Jeżeli nie zajdą nieprzewidziane okoliczności w pierwszej dobie po operacji będzie mógł Pan chodzić i spożywać posiłki, a w godzinach wieczornych opuścić szpital. Cały pobyt w szpitalu trwa zwykle od 1 do 2 dni. Pacjent zostaje wypisany ze szpitala z lub bez cewnika. W wyjątkowych przypadkach pobyt w szpitalu może trwać tylko jedną dobę. Czas pobytu w szpitalu oraz termin usunięcia cewnika określa lekarz na podstawie przebiegu zabiegu i pooperacyjne rekonwalescencji. Jeżeli pacjent zostanie wpisany z cewnikiem będzie on usunięty w warunkach ambulatoryjnych najczęściej w ok. 7 dobie pooperacyjnej.

POWIKŁANIA

Przecewkowe wycięcie zwężenia cewki moczowej jak każdy zabieg nie jest wolna od powikłań. Należą do nich powikłania, które mogą zdarzyć się przy każdym zabiegu, np. zakrzepica żylna, zator tętnicy płucnej, zawał mięśnia sercowego, zapalenie płuc i krwawienia. Mogą być one związane ze znieczuleniem np. przewlekły ból okolicy kręgosłupa czy bóle głowy, oraz przebiegiem zabiegu i okresem rekonwalescencji.

W trakcie zabiegu nacięcia cewki może dojść do trudnego do opanowania krwawienia wymagającego intensywnego leczenia zachowawczego, przetoczenia krwi lub kolejnego zabiegu przecewkowego, a w szczególnych przypadkach nawet klasycznej operacji otwartej.

W okresie pooperacyjnym do najczęściej zanotowanych powikłań należą: infekcja dróg moczowych lub infekcja uogólniona wymagająca antybiotykoterapii.

W przypadku stwierdzenia znacznego zwężenia z naciekiem na okoliczne tkanki lub innych trudnych do przewidzenia i niemożliwych do pokonania przyczyn, lekarz może podjąć decyzje o odstąpieniu od dalszych etapów operacji. W takiej sytuacji lekarz może zdecydować o konieczności wprowadzenia do pęcherza moczowego cewnika nadłonowego, poprzez nacięcie powłok jamy brzusznej tzw. cystostomii.

Liczba powikłań zależy od wielu czynników takich jak np. rozległość i umiejscowienie zwężenia, nieprawidłowości w budowie anatomicznej, rodzaju i zaawansowania chorób towarzyszących, przebiegów zabiegów operacyjnych, oraz innych niemożliwych do przewidzenia przyczyn.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
ZWĘŻENIA CEWKI MOCZOWEJ**

Imię i Nazwisko:

PESEL:

REKONWALESCENCJA

Po wypisie ze szpitala należy prowadzić oszczędzający tryb życia. Można spokojnie spacerować. Nie ma przeciwwskazań do jazdy samochodem. Nie trzeba przestrzegać szczególnej diety, pamiętając jednak o przyjmowaniu około 2-3 litrów płynów na dobę. Należy unikać intensywnych wysiłków i sportów przez okres około 2 tygodni. Z moczem mogą być wydalone drobne skrzepy krwi. Są to objawy typowe, związane z procesem gojenia się rany po przebytym zabiegu.

Uwaga. Należy pamiętać że zwężenie cewki moczowej obarczone jest dużym ryzykiem nawrotów i koniecznością kolejnych zabiegów.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

1. Uretrotomia wewnętrzna wykonana z użyciem lasera lub uretrotomem. Metoda ta nie jest zalecana w przypadku nawrotowych zwężeń cewki moczowej.

2. Wykonanie stałego nadpęcherzowego odprowadzenia moczu w przypadku całkowitej niedrożności cewki moczowej gdy przeprowadzenie zabiegu operacyjnego rekonstrukcji cewki moczowej nie jest możliwe (np. stan zdrowia pacjenta, znaczny stopień uszkodzenia cewki moczowej, niepowodzenie po uprzednio wykonanych zabiegach operacyjnych czy też brak zgody pacjenta na proponowane leczenie).

ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/ Pani przypadku:

duże *średnie* *ograniczone*

KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Jeżeli nie wyrazi Pan/ Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pana/ Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....
.....
.....

PYTANIA PACJENTA

.....
.....
.....

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 Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pana zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
ZWĘŻENIA CEWKI MOCZOWEJ**

Imię i Nazwisko:

PESEL:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem

dr..... 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
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń **zgadzam się**

na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej oraz jej ewentualnej zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

UWAGI LEKARZA

.....
.....
.....

.....
.....
.....
data podpis lekarza podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

SPRZECIW PACJENTA

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
.....
.....
data podpis lekarza podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna