

W FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO  
**Usunięcie cewnika moczowodowego podwójnie zagiętego (DJ)  
z nerki drogą endoskopową**  
(nazwa zabiegu)

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

Nr PESEL: ..... Nr Historii Choroby: .....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie operacji: usunięcia cewnika moczowodowego DJ do nerki drogą endoskopową przez cewkę moczową, przy pomocy cystoskopu (wziernika pęcherzowego) po stronie ..... (podać której).

Zabieg polega na Wprowadzeniu poprzez cewkę moczową do pęcherza moczowego instrumentu optycznego (cystoskopu). Po uwidocznieniu cewnika, usuwa się go przy pomocy kleszczyków.

1. Oświadczam, że zostałem(am) w sposób wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości poinformowany(a) o rodzaju i sposobie przeprowadzenia operacji oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nią ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli przebieg pooperacyjny przebiegać będzie bez zakłóceń.

Co do sposobu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, poinformowano mnie, że zabieg polega na: wprowadzeniu poprzez cewkę moczową do pęcherza moczowego instrumentu optycznego (cystoskopu) i założeniu cewnika DJ do układu kielichowo-miedniczkowego nerki. Po zabiegu do pęcherza moczowego może zostać założony cewnik Foleya. W przypadku trudności w założeniu cewnika DJ poprzez cystoskop może być użyty wziernik moczowodowy (ureterorenoskop).

2. W zakresie ryzyka, w szczególności przedstawiono mi ryzyko wystąpienia:

- Krwawienie śród- i pooperacyjne
- Uszkodzenie ściany pęcherza moczowego, moczowodu, układu kielichowo miedniczkowego nerki takie jak: naderwanie śluzówki, przebicie ściany, oderwanie moczowodu
- Infekcje ostre lub przewlekłe układu moczowego do sepsy włącznie
- Kolka nerkowa, gorączka

Omówiono również ze mną inne możliwe, a nie wymienione powyżej komplikacje. Niektóre powikłania mogą spowodować trwałą lub czasową dysfunkcję organizmu. Wyjątkowo rzadko mogą wystąpić powikłania śmiertelne.

3. Poinformowano mnie, że alternatywne metody leczenia mojego schorzenia są następujące:

- założenie przezskórnej przetoki nerkowej
- leczenie operacyjne sposobem laparoskopowym lub otwartym

4. Wyrażam zgodę na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed operacją procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia napotkanych w trakcie operacji trudności.
5. Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.
6. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed- i pooperacyjnych. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt operacji.
7. Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem(am) się i zrozumiałem(am) informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tą operacją i zgadzam się na jej wykonanie.

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
Data, czytelny podpis pacjenta

.....\*

Data, czytelny podpis rodzica/  
przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna faktycznego – właściwe podkreślić

*\* w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, Wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*