

ŚWIADOMA UDOKUMENTOWANA ZGODA PACJENTA NA CYSTOSKOPIĘ

.....
Nazwisko

.....
Imię

.....
Pesel

NA CZYM POLEGA BADANIE?

Cystoskopia to to zabieg endoskopowy polegający na wzniernikowaniu pęcherza moczowego za pomocą wprowadzonego przez cewkę moczową urządzenia (cystoskopu). W czasie tego zabiegu można diagnozować choroby cewki moczowej, pęcherza (guzy, kamienie, ciała obce), prostaty, pobrać wycinki do badania histopatologicznego, ocenić pojemność pęcherza, założyć lub usunąć cewnik.

Standardowo zabieg cystoskopii przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym.

Przed zabiegiem - cystoskopią Pacjent musi być na czczo (nie jeść i nie pić co najmniej pięć godzin przed zabiegiem). Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Kilka dni przed zabiegiem pacjent nie może przyjmować leków przeciwzakrzepowych takich jak Accard, Polocard, Aspiryna, Plavix, Acenocumarol, Warfin i inne podobne leki. Zażywanie tych leków może doprowadzić do krwotoku po zabiegu. W razie konieczności zażywania leków rozrzedzających krew należy w/w leki, zamienić na lek Clexan lub Fraxiparynę. O zamianie leku oraz czasie trwania decyduje lekarz, który zlecił zażywanie leków przeciwzakrzepowych lub lekarz operator wykonujący badanie.

RYZIKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Objawy mogące pojawić się po zabiegu endoskopowym:

- Ból cewki moczowej spowodowany wprowadzeniem endoskopu
- Krwimocz, który najczęściej ustępuje po 24 godzinach
- Ból lub pieczenie przy oddawaniu moczu
- Podwyższona temperatura

Jeżeli objawy te nie ustępują lub nasilają się należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

Ryzyko ogólne związane z zabiegiem cystoskopii:

- Może wystąpić infekcja wymagająca leczenia antybiotykami
- Po zabiegu może wystąpić krwawienia wymagające ponownej operacji. Krwawienie jest częstsze u



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 00000001691

Zarządzanie jakością
ISO 9001
Bezpieczeństwo informacji
ISO 27001



pacjentów stosujących takie leki jak: Warfarin, Asprin, Clopidogrel Dipyridamole • Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc • Zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej • Ryzyko wystąpienia zatorowości płucnej • Może wystąpić zawał mięśnia sercowego bądź udar związany z nadmiernym wysiłkiem mięśnia sercowego • Mogą wystąpić inne powikłania z zakresu chorób układu krążenia i układu oddechowego • Istnieje ryzyko wystąpienia zgonu związanego z operacją.

Ryzyko charakterystyczne dla proponowanej operacji:

Może wystąpić reakcja alergiczna na znieczulenie. Podczas zabiegu może dojść do uszkodzenia pęcherza moczowego wymagającego wykonania operacji chirurgicznej (otwarcie pęcherza w celu zatrzymania krwawienia). Uszkodzenie w czasie zabiegu cewki moczowej może wymagać leczenia operacyjnego czasem wieloetapowego. W przypadku nadmiernego krwawienia, może wystąpić konieczność przetoczenia krwi. Może dojść do zwężenia cewki moczowej z powodu powstania blizny. Infekcja moczu może wymagać antybiotykoterapii. Po zabiegu czasowo (kilka dni) może wystąpić konieczność założenia cewnika do pęcherza moczowego. Ból i obrzęk ujścia cewki może trwać od kilku godzin do kilku dni.

UWAGI LEKARZA WYNIKAJĄCE Z ROZMOWY Z PACJENTEM

(np. indywidualne ryzyko pacjenta i stąd wynikające dodatkowe możliwe komplikacje, ograniczenie zgody pacjenta np. odnośnie do podawania krwi, możliwe skutki dla pacjenta w przypadku braku zgody lub przesunięcia procedury, powody niewyrażenia zgody przez pacjenta)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11.WYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY I OŚWIADCZENIE WOLI PACJENTA

Zgodnie z ustawą z dnia 06 listopada 2008 r. O prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta- rozdz.5, art.17.ust.2 oświadczam, że zostałem wyczerpująco poinformowany

przez..... (imię i nazwisko lekarza)

w sposób dla mnie zrozumiały, na czym ma polegać zaplanowany zabieg oraz ewentualnie konieczne rozszerzenie zakresu zabiegu. Przy tym miałem (-am)



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o.

ul. L. Różyckiego 6, 58-506 Jelenia Góra · tel. + 48 75 64 17 100 · kontakt@e-promed.pl · Strona internetowa: www.e-promed.pl
NIP: 6112369825 · REGON: 230914124 · Nr wpisu do KRS: 0000127286 · Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Promed” Sp. z o.o., z siedzibą w Jeleniej Górze, przy ul. L. Różyckiego 6, jest podmiotem leczniczym, prowadzącym zakład leczniczy pod firmą Centrum Medyczne, wpisany do rejestru Podmiotów Wkonujących Działalność Leczniczą pod numerem 00000001691

Zarządzanie jakością
ISO 9001
Bezpieczeństwo informacji
ISO 27001



możliwość zadania wszelkich pytań odnośnie do rodzaju i przebiegu planowanego zabiegu/operacji na temat mojego indywidualnego ryzyka, możliwych komplikacji wczesnych i późnych oraz o alternatywnych możliwościach leczenia, i otrzymałem (-am) wszelkie i wyczerpujące odpowiedzi.

Oświadczam, że nie mam więcej pytań, jestem wystarczająco poinformowany i **wyrażam zgodę po wystarczającym okresie namysłu na zaplanowany zabieg/operację.**

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Zaświadczam, że nie zataiłem (-am) żadnych informacji, które mogą mieć wpływ na moje leczenie. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających.

Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta/opiekuna prawnego

.....
Podpis i pieczęć lekarza

