

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

I Dane Pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta:PESEL/Data urodzenia:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE PRZEZODBYTNICZE

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....

(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Procedura diagnostyczna USG przezodbytnicze (transrektalne - TRUS) nie jest zabiegiem leczniczym lecz badaniem diagnostycznym mającym na celu właściwą ocenę zaawansowania Pana/Pani choroby i właściwą kwalifikację do późniejszego leczenia. Badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym żelem z lignokainą. Jak każde badanie USG jest ono badaniem subiektywnym, a więc trafność rozpoznania uzależniona jest m.in. od doświadczenia badającego i wynik badania zawsze może być obarczony błędem, który może mieć wpływ na późniejsze leczenie. Dotyczy to w szczególności oceny guzów/raków odbytnicy. Na podstawie USG transrektalnego podejmowana jest decyzja o włączeniu bądź nie przedoperacyjnej radio/chemioterapii. Technicznie procedura polega na założeniu sztywnej mechanicznej sondy do odbytnicy do głębokości badanej zmiany i wykonaniu badania ultrasonograficznego. W przypadku oceny przetok okołodbytniczych podczas badania podawany jest kontrast, którym jest woda utleniona mogąca krótkotrwale powodować uczucie pieczenia lub ból.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

- Tomografia komputerowa miednicy jest alternatywną metodą oceny zmian o typie guza, jest jednak mniej dokładna w ocenie zmian o niższym stopniu zaawansowania.
- Tomografia rezonansu magnetycznego jest badaniem o porównywalnej czułości i swoistości jak TRUS.

Obie wymienione metody obarczone są również ryzykiem błędu wynikającym m.in. z doświadczenia badającego

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Badanie przebiega w znieczuleniu miejscowym żelem z lignokainą w pozycji leżącej na boku lub w pozycji litotomijnej. Podczas zabiegu chory ma zapewnione poczucie intymności. Badanie wiąże się z małym ryzykiem powikłań. Możliwe powikłania to:

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub HIV;
- reakcje alergiczne związane z wykorzystanym żelem znieczulającym, kontrastem, osłonami lateksowym

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Bezpośrednio po badaniu będzie Pan/Pani mogła normalnie jeść i pić.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z wykonania procedury diagnostycznej ma niekorzystny wpływ na właściwą kwalifikację chorego do leczenia, a więc może w istotny sposób wpłynąć na jego wyniki. Ocena zaawansowania miejscowego jest szczególnie ważna w przypadku guzów nowotworowych, gdyż wpływa na prawidłowe zaplanowanie leczenia choroby nowotworowej, a tym samym na jego efektywność i przeżycie pacjenta.

X Oświadczenie pacjenta

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

Data i podpis pacjenta
Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....
Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia
.....

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. **Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:**

.....
.....

Data i podpis pacjenta
Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

Data i podpis pacjenta
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

Data i podpis pacjenta
Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

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