



KLINIKA UROLOGII

Ordynator: dr hab. Piotr Jarzowski, 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_F460_w3

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE RADYKALNE USUNIĘCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO Z WYTWORZENIEM ZASTĘPCZEGO ODPROWADZENIA MOCZU

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 Panią/Pana o wyrażenie pisemnej zgody na proponowany zabieg operacyjny.

KWALIFIKACJA DO ZABIEGU

Szanowny Pacjencie,

Jesteś leczony z powodu raka pęcherza moczowego. Na skutek zaawansowania i nawrotów choroby zachodzi u Ciebie konieczność usunięcia pęcherza moczowego. Celem zabiegu jest powstrzymanie postępu choroby nowotworowej mogącej z upływem czasu zająć kolejne narządy. Nawet w zaawansowanych przypadkach zabieg ten w istotny sposób przedłuża przeżycie i poprawia jego jakość ze względu na usunięcie niebezpieczeństwa wystąpienia masywnych krwawień, zablokowania odpływu moczu z nerek czy też uporczywych zakażeń układu moczowego. Ostateczna decyzja dotycząca wykonania tego zabiegu należy do Ciebie i dlatego musisz być świadomym jego istoty, niebezpieczeństw z nim związanych ale i korzyści jakie niesie taka forma leczenia. Alternatywą jest Twoja świadoma decyzja pozostawienia pęcherza moczowego i okresowe – o ile to możliwe – powtarzanie elektroresekcji przezcewkowych, różne formy chemioterapii oraz radioterapii. Żadna z tych alternatyw nie prowadzi do wyleczenia.

PRZEBIEG OPERACJI

Wieczorem w przeddzień zabiegu oraz ponownie wcześniej rano należy starannie umyć pod prysznicem całe ciało. Ma to na celu ograniczenie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej przez bakterie normalnie zasiedlające ludzką skórę. W typowych sytuacjach operacja trwa od 4 do 6 godzin. Zabieg polega na usunięciu pęcherza moczowego oraz odpowiednich węzłów chłonnych. Dodatkowo u mężczyzn usuwany jest gruczoł krokowy a u kobiet w koniecznych przypadkach macica, jajniki oraz część pochwy. U wszystkich pacjentów usuwany jest wyrostek robaczkowy. Czasami należy usunąć cewkę moczową. W przypadkach bardzo zaawansowanych nowotworów może zająć konieczność usunięcia dodatkowych narządów lub ich fragmentów, np. odbytnicy, nerki. W dalszej kolejności zostanie u Ciebie wytworzony nowy system odprowadzenia moczu. Bez względu na typ, do jego wytworzenia operujący chirurg użyje segmentu jelita o długości i umiejscowieniu jakie uzna za odpowiednie, stosownie to napotkanych śródoperacyjnie warunków.

SPOSOBY ODPROWADZENIA MOCZU:

1. Najczęstszym sposobem odprowadzenia moczu jest wytworzenie wstawki z jelita cienkiego do której zostają wszczepione moczowody obu nerek. Koniec wstawki zwany urostomią zostaje wyprowadzony na brzuchu w okolicy nad prawym talerzem biodrowym. Mocz będzie samoistnie wypływał przez otwór na brzuchu do odpowiednich worków zapewniających choremu pełny komfort.
2. Najbardziej stosowanym sposobem odprowadzenia moczu jest wyprowadzenie obu moczowodów na skórę po prawej i lewej stronie jamy brzusznej. W takim przypadku mocz samoistnie wypływa przez wytworzone dwa otwory na brzuchu, do worków zapewniających choremu odpowiedni komfort. Ten sposób odprowadzenia moczu stosujemy w przypadkach szczególnych, np. znacznego zaawansowania choroby nowotworowej, złego stanu ogólnego pacjenta lub kiedy niemożliwe jest zastosowanie innych technik z użyciem jelita.
3. Szczelny zbiornik jelitowy to kolejny sposób zastąpienia funkcji pęcherza. Z segmentu jelita zostaje wytworzony zbiornik w kształcie worka do którego splywa mocz. Koniec jelita z odpowiednią zastawką wyprowadzony zostanie na brzuch w okolicy pępka lub w pępku Zgromadzony mocz pacjent odprowadza na zewnątrz za pomocą odpowiedniego cewnika (tzw. samocewnikowanie).

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
RADYKALNE USUNIĘCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO
Z WYTWORZENIEM ZASTĘPCZEGO ODPROWADZENIA MOCZU**

Imię i Nazwisko:
PESEL:

4. Zastępczy pęcherz jelitowy („neobladder”). Wytworzony z fragmentu jelita, zbiornik, zostaje wszczepiony do pozostawionej cewki moczowej w miejscu po usuniętym pęcherzu. Nowopowstały „pęcherz moczowy” pacjent opróżnia samodzielnie za pomocą odpowiednich manewrów mięśni brzucha.

Każda z powyższych metod ma swoje wady i zalety. Możliwość jej wykorzystania warunkowana jest stopniem zaawansowania choroby, zdolnością pacjenta do obsługi odpowiedniego odprowadzenia moczu, a przede wszystkim zależy od decyzji chirurga stosownie do warunków napotkanych w trakcie zabiegu operacyjnego.

Po zabiegu do jamy brzusznej zostanie wprowadzonych kilka drenów. Ich celem jest odprowadzenie na zewnątrz moczu oraz innych wydzielin aby zapewnić prawidłowe gojenie. Dreny będą stopniowo usuwane zgodnie z decyzją chirurga.

RYZIKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM

Ze względu na swą rozległość, zabieg związany jest z ryzykiem wystąpienia szeregu komplikacji w czasie operacji, w bezpośrednim okresie, a nawet po upływie kilku lat. Liczba powikłań zależy od stopnia zaawansowania choroby, umiejscowienia nowotworu, wielkości guza, uprzednich zabiegów operacyjnych, nieprawidłowości w budowie anatomicznej oraz innych niemożliwych do przewidzenia trudności, które może napotkać operator podczas prowadzenia zabiegu. W każdym przypadku ewentualnej uzasadnionej i niemożliwej do pokonania bariery np. stwierdzenia znacznego zaawansowania choroby nowotworowej z naciekiem na okoliczne tkanki lub innych trudnych do przewidzenia i niemożliwych do pokonania przyczyn, **lekarz kierując się dobrem pacjenta, może podjąć decyzje o odstąpieniu od dalszych etapów operacji.**

Mogą zdarzyć się powikłania, które są charakterystyczne dla każdego rodzaju operacji, takie jak: np. zakrzepica żylna, zator tętnicy płucnej, zawał mięśnia sercowego, uszkodzenie narządów sąsiednich, zapalenie płuc, zakażenie rany pooperacyjnej i krwawienie. Ponadto mogą wystąpić powikłania szczególne, charakterystyczne dla tego rodzaju operacji, takie jak:

Powikłania śródoperacyjne:

1. Krwawienie śródoperacyjne – ze względu na rozległość zabiegu przeciętna utrata krwi wynosi od 500 do 1000ml i może wymagać wyrównania za pomocą przetoczenia krwi oraz preparatów krwio pochodnych.
2. Uszkodzenia nerwów, tętnic, żył lub innych narządów jamy brzusznej mogące wymagać dodatkowych, a nieprzewidzianych wcześniej działań chirurgicznych np. wykonania czasowej lub stałej przetoki jelitowej.

Powikłania pooperacyjne:

1. Zakażenie rany pooperacyjnej wymagające przedłużonego pobytu lub ponownego zszycia.
2. Uogólnione zakażenie – posocznica.
3. Opóźnione podjęcie czynności przez przewód pokarmowy, a nawet niedrożność przewodu pokarmowego mogące wymagać dodatkowego drenażu żołądka lub nawet zabiegu operacyjnego z wytworzeniem czasowej przetoki jelitowej.
4. Rozejście zespolenia jelitowego wykonanego w miejscu po pobraniu wyżej opisanego segmentu jelita, wymagające operacyjnej rekonstrukcji z lub bez czasowej przetoki jelitowej.
5. Wyciek moczu z urostomii.
6. Zaburzenia czynności nerek mogące wymagać dodatkowego odprowadzenia moczu, a nawet wytworzenia przez skórnych przetok nerkowych lub dodatkowego zabiegu operacyjnego.
7. Nieprzewidziane reakcje uczuleniowe na podawane leki.
8. Nietolerancja stosowanych leków i form żywienia pozajelitowego.
9. Powikłania związane z unieruchomieniem: zaburzenia krążenia, choroba zakrzepowa naczyń kończyn lub jamy brzusznej, zapalenie płuc.

Powikłania późne, mogące wystąpić nawet kilka lat po zabiegu:

1. Zakażenie dróg moczowych
2. Niedrożność jelit.
3. Zaburzenia w odpływie moczu z nerek.
4. Zwężenie moczowodów.
5. Uszkodzenie urostomii lub zbiornika jelitowego.
6. Zaleganie śluzu jelitowego w urostomii lub zbiorniku jelitowym.
7. Zwrotne wchłanianie moczu ze zbiornika jelitowego.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
RADYKALNE USUNIĘCIE PĘCZERZA MOCZOWEGO
Z WYTWORZENIEM ZASTĘPCZEGO ODPROWADZENIA MOCZU**

Imię i Nazwisko:
PESEL:

Wszystkie w/w powikłania występują z częstością od 3-10%. Mogą wystąpić także inne trudne do przewidzenia komplikacje. Części z nich nie można uniknąć bez względu na zachowywaną staranność przebiegu leczenia i pooperacyjnej rekonwalescencji. Jednak Ty możesz pomóc nam znacznie zmniejszyć wszelkie ryzyko poprzez staranne przygotowanie się do zabiegu oraz do pobytu w szpitalu w okresie pooperacyjnym.

Przed planowanym terminem przyjęcia do szpitala należy:

1. Wykonać badania mające na celu ocenę stanu organizmu. Rodzaj badań i czas ich wykonania zostanie określony przez lekarza leczącego.
2. Jeżeli chorujesz na inne, dodatkowe schorzenia poinformuj o nich lekarza leczącego gdyż mogą wymagać specjalnego przygotowania do operacji.
3. Jeżeli przyjmujesz jakiegokolwiek leki obniżające krzepliwość krwi poinformuj lekarza leczącego. Może zająć konieczność zmodyfikowania leczenia, czasowego ich odstawienia lub przejście na inne, odpowiednie preparaty.
4. Na dwa tygodnie przed zabiegiem przejść konsultację u lekarza anestezjologa, tzn. lekarza który niezachodził Ciebie do zabiegu i będzie czuwał nad jego bezpiecznym przebiegiem.

Przez pierwsze dni po operacji nie będziesz mógł przyjmować pokarmów, a właśnie wtedy Twój organizm będzie potrzebował dodatkowej energii na przetrwanie tego trudnego okresu. Dlatego ważne jest abyś trzy tygodnie przed planowaną operacją stosował bogatobiałkową, wysokowartościową dietę. Ma to na celu nasycić organizm składnikami odżywczymi „na zapas”.

POWRÓT DO AKTYWNOŚCI ŻYCIOWEJ

Najczęściej pacjent opuszcza szpital w 10-14 dobie po zabiegu, tzn. po usunięciu wszystkich drenów. Niekiedy może zająć konieczność wydłużenia hospitalizacji. Stosowanie odpowiednich płytek i worków do zabezpieczenia urostomii wyjaśni pielęgniarka specjalizująca się w tej dziedzinie.

Uważa się, że po tak poważnym zabiegu pełna regeneracja organizmu wymaga ok. 8- 12 tygodni. Oczywiście większość pacjentów zgłasza subiektywne odczucie wcześniejszego powrotu do pełni sił. Jednak proponujemy aby dopiero z początkiem 3 tygodnia po zabiegu rozpocząć lekkie i krótkie spacerunki w towarzystwie zaufanych osób. Następnie możesz zacząć uczestniczyć w lekkich pracach domowych. Przez pierwsze dwa miesiące po zabiegu stosuj dietę lekką i zróżnicowaną, a przede wszystkim bogatą w białko i witaminy.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

- radioterapia
- chemioterapia
- radio – chemioterapia

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:

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

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
RADYKALNE USUNIĘCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO
Z WYTWORZENIEM ZASTĘPCZEGO ODPROWADZENIA MOCZU**

Imię i Nazwisko:
PESEL:

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.

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.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
RADYKALNE USUNIĘCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO
Z WYTWORZENIEM ZASTĘPCZEGO ODPROWADZENIA MOCZU**

Imię i Nazwisko:
PESEL:

UWAGI LEKARZA

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

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

SPRZECIW PACJENTA

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

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