



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_F236_w1

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA OPERACJĘ WODNIAKA JĄDRA

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

Rozpoznano u Pana wodniaka jądra. Z tego powodu jest Pan zakwalifikowany do zabiegu usunięcia wodniaka jądra. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz o leczeniu, które Panu zaproponowano. Proszę zapoznać się z tymi informacjami i omówić nasuwające się Panu pytania z urologiem prowadzącym.

OPIS ZABIEGU

Operacyjne usunięcie wodniaka jądra jest zabiegiem urologicznym. W pierwszym etapie operacji wykonuje się cięcie skóry moszny. Następnie nacinane są osłonki jądra i usunięty zostaje z ich wnętrza płyn, wodniak. Nadmiar zmienionych osłonek może zostać wycięty i usunięty. Jądro umieszczone zostanie na zewnątrz osłonek. Pod koniec operacji w dolnym biegunie moszny może zostać umieszczony dren. Ostatnim etapem zabiegu jest zszycie skóry moszny. Szew na skórze moszny, zależnie od wielkości wodniaka i przebiegu operacji, może być wchłaniany lub tradycyjny, wymagający w późniejszym czasie usunięcia. Czas operacji wodniaka, wynosi zwykle 20–40 minut. Pacjent po operacji ma zwykle założony specjalny opatrunek unoszący i uciskający mosznę, tzw. suspensorium. Jeżeli przebieg pooperacyjny jest niepowikłany pacjent zostanie wypisany do domu w dniu zabiegu. Jeżeli w trakcie zabiegu pozostawiony zostanie w ranie dren, pacjent zostanie wypisany do domu następnego dnia po usunięciu drenu.

POWIKŁANIA

- **Uszkodzenie jądra.** Ponieważ wodniak rozwija się w obrębie rozrośniętych osłonek jądra, w trakcie zabiegu może dojść do uszkodzenia jądra, wymagającego jego zszycia lub w szczególnych przypadkach w ostateczności usunięcia jądra. Ryzyko jest większe, jeśli w obrębie moszny obecne są zmiany zapalne i pozapalne.
- **Krwiak moszny.** Ryzyko powstania krwiaka zwiększa się w przypadkach operowania dużych, szczególnie zmienionych zapalnie wodniaków. W większości przypadków wystarczające jest postępowanie zachowawcze. Polega ono na dłuższym utrzymaniu drenu oraz zastosowaniu elewacji moszny oraz leczenia przeciwpazernego i przeciwbólowego, prowadzącego zwykle do samoistnego wchłonięcia się krwiaka. W rzadkich przypadkach, gdy krwiak jest duży, konieczna może okazać się ponowna operacja, polegająca na otwarciu moszny i usunięciu krwiaka oraz zatamowaniu krwawienia. Krwawienie zagrażające zdrowiu chorego występuje niezwykle rzadko. W wyjątkowych sytuacjach konieczne może okazać się usunięcie jądra.
- **Zakażenia (zapalenie jądra/najądrza, zakażenie układu moczowego, zropienie rany).** W trakcie operacji przestrzegane są wszystkie procedury aseptyki i antyseptyki. Mimo to każdy zabieg niesie ze sobą ryzyko wystąpienia zakażenia, które może wymagać przedłużonej antybiotykoterapii. W rzadkich przypadkach może być konieczna antybiotykoterapia dożylna i/lub chirurgiczne opracowanie rany, z usunięciem jądra włącznie.

- **Przejsiowe utrudnienie w oddawaniu moczu.** Może wystąpić w pierwszych dniach po operacji u niektórych pacjentów. Czasami może dojść do zatrzymania moczu, wymagającego czasowego założenia cewnika pęcherzowego.

REKONWALESCENCJA PO ZABIEGU

- Przez pierwsze dni po operacji może być zalecone używanie specjalistycznego opatrunku unoszącego mosznę (suspensorium) w celu zmniejszenia obrzęku i lepszego gojenia się rany.

ZALECENIA

- Unikanie zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco.
- Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwe i rozpoczął stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie zastrzykami przez co najmniej 2 tygodnie lub zgodnie z zaleceniami lekarza. Jeżeli lekarz prowadzący lub lekarz kardiolog nie zaleci inaczej, proszę nie stosować w okresie okołoperacyjnym żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia krwaka.
- Proszę powstrzymać się od podejmowania aktywności seksualnej i wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez minimum 4 tygodnie po operacji.

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.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

W pełni 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:

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 / 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*