



## KLINIKA UROLOGII

Ordynator: dr hab. Piotr Jarzemski, prof. UMK  
tel. 52 36 55 306, [www.urologia.biziel.pl](http://www.urologia.biziel.pl)

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75 85-168 Bydgoszcz

PR4\_F470\_w3

### ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE PRZECCEWKOWA ELEKTRORESEKCJA GUZA PĘCZERZA MOCZOWEGO (TURT)

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

Po przeprowadzeniu stosowych badań lekarz podejrzewa u Pani/Pana nowotwór pęcherza moczowego. Proponujemy Pani/Panu przeprowadzenie zabiegu, wziernikowania pęcherza moczowego i jednoczesnym przezcewkowym usunięciem podejrzanej zmiany tzw. (TURT), bez konieczności chirurgicznego przecinania powłok skórnych.

#### PRZEBIEG ZABIEGU

Pacjent układany jest w pozycji ginekologicznej z nogami uniesionymi do góry. W znieczuleniu (najczęściej podpajęczym) przez cewkę zostanie wprowadzony przyrząd zwany resektoskopem, za pomocą którego będziemy wycinać zmienione chorobowo tkanki. Po wycięciu materiał przesyłamy do Pracowni Patomorfologii celem badania histopatologicznego i określeniu charakteru zmiany- czy jest łagodniejsza czy złośliwa. Na końcowy wynik oczekujemy ok. 14 dni. W pęcherzu pozostawia się cewnik na okres doby lub kilku dni.

Po zabiegu pacjent otrzymuje leki i kroplówki drogą dożylną. Zalecamy kilkogodzinny reżim łóżkowy. Jeżeli nie zajdą nieprzewidziane okoliczności w pierwszej dobie po operacji będzie mogła Pani/Pan chodzić i spożywać posiłki. Najczęściej pacjent zostaje wypisany w następnym dniu po zabiegu z lub bez cewnika. W wyjątkowych przypadkach pobyt w szpitalu może trwać tylko jedną dobę. Czas pobytu w szpitalu oraz termin usunięcia cewnika określa lekarz na podstawie przebiegu zabiegu i pooperacyjne rekonwalescencji. Jeżeli pacjent zostanie wpisany z cewnikiem będzie on usunięty w warunkach ambulatoryjnych najczęściej w ok. 5 - 7 dobie pooperacyjnej.

#### POWIKŁANIA

Endoskopowe usunięcie zmiany w pęcherzu moczowym jak każdy zabieg nie jest wolne od powikłań. Należą do nich powikłania, które mogą zdarzyć się przy każdym zabiegu, np. zakrzepica żylna, zator t. płucnej, zawał mięśnia sercowego, zapalenie płuc i krwawienia. Mogą być one związane ze znieczuleniem np. przewlekły ból okolicy kręgosłupa czy bóle głowy oraz przebiegiem zabiegu i okresem rekonwalescencji.

W trakcie zabiegu wycinania tkanek może dojść do trudnego do opanowania krwawienia wymagającego przetoczenia krwi, a w szczególnych przypadkach konieczności operacji klasycznej. Ponadto pętla tnąca może uszkodzić pęcherz lub jelita, co zmusza nas do operacji i zszycia otworu w pęcherzu lub nawet wyłonienia jelita tzw. stomii.

W okresie pooperacyjnym do najczęściej zanotowanych powikłań należą: infekcja dróg moczowych lub infekcja uogólniona wymagająca antybiotykoterapii. Może również dojść do trudnego do opanowania krwawienia wymagającego intensywnego leczenia zachowawczego, przetoczenia krwi lub kolejnego zabiegu przezcewkowego, a w szczególnych przypadkach nawet klasycznej operacji otwartej.

Liczba powikłań zależy od wielu czynników takich jak np. stopień zaawansowania nowotworu, wielkość guza i jego lokalizacja, nieprawidłowości w budowie anatomicznej, rodzaj i zaawansowanie chorób towarzyszących, uprzednich zabiegów operacyjnych oraz innych niemożliwych do przewidzenia przyczyn.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE**  
**PRZECZEWKOWA ELEKTRORESEKCJA GUZA PĘCZERZA MOCZOWEGO (TUR)**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**REKONWALESCENCJA**

Po wypisie ze szpitala należy prowadzić oszczędzający tryb życia. Można spokojnie spacerować, uprawiać lekkie ćwiczenia. Należy jednak unikać intensywnych wysiłków i sportów przez okres około 4 tygodni. Nie ma przeciwwskazań do jazdy samochodem. Nie trzeba przestrzegać szczególnej diety, pamiętając jednak o przyjmowaniu około 2-3 litrów płynów na dobę.

**ALTERNATYWNE METODY LECZENIA**

- radioterapia
- 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:

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

**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.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE**  
**PRZECZEWKOWA ELEKTRORESEKCJA GUZA PĘCZERZA MOCZOWEGO (TURT)**

**Imię i Nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

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.

**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*