



KLINIKA UROLOGII

Ordynator: dr hab. Piotr Jarzemski, prof. UMK
tel. 52 36 55 306, www.urologia.biziel.pl

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

PR4_F242_w1

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE
USUWANIE KAMIENI NERKOWYCH METODĄ ENDOSKOPOWĄ Z WYKORZYSTANIEM
GIĘTKIEGO URETERORENOSKOPU (RIRS)

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

Kamica nerkowa jest częstym schorzeniem, zarówno u mężczyzn jak i kobiet. Wbrew ogólnym opiniom, jest to schorzenie, które grozi dużymi powikłaniami i wymaga specjalistycznego leczenia urologicznego. Do każdego chorego z określoną zdiagnozowaną kamicą nerek należy podejść indywidualnie i zaproponować jedną z metod leczenia.

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani/Pana kamicę nerki. Proponujemy podjęcie próby usunięcia złożu techniką endoskopową przy użyciu giętkiego ureterorenoskopu (RIRS) z dostępu przez cewkę moczową. Zabieg polega na usunięciu kamienia/kamieni z nerki za pomocą urządzenia giętkiego uretroskopu wprowadzonego do moczowodu przez cewkę i pęcherz moczowy bez konieczności wykonania rozległego cięcia jamy brzusznej. Przez to urządzenie wprowadzona jest optyka połączona z kamerą oraz instrumentarium pozwalające na lokalizację, fragmentację i usunięcie złożu.

Kwalifikację do tego zabiegu może przeprowadzić tylko **urolog**, który uważa tą metodę w danym przypadku za wykonalną. **Warunkiem przeprowadzenia zabiegu jest dostarczenie przez pacjenta pełnej dokumentacji, a w szczególności badań obrazowych umożliwiających lokalizację złożu.**

Zabieg jest skomplikowany, wymaga użycia zaawansowanego sprzętu, dużego zaangażowania operatora, personelu pielęgniarskiego, personelu technicznego (obsługa RTG), dlatego też ważne jest zrozumienie istoty zabiegu przez samego pacjenta. Zawsze, gdy występują trudności z wykonaniem zabiegu, należy się liczyć z jednoczasową zamianą zabiegu endoskopowego na klasyczny otwarty zabieg operacyjny.

PRZEBIEG ZABIEGU RIRS

Pacjent układany jest w pozycji ginekologicznej z nogami uniesionymi do góry. W znieczuleniu (najczęściej ogólnym) przez cewkę zostanie wprowadzony do moczowodu giętki instrument ureterorenoskop wyposażony w optykę i odpowiednie instrumentarium. Najtrudniejszym etapem zabiegu jest dotarcie do złożu. Po zlokalizowaniu kamienia operator decyduje czy możliwe będzie przeprowadzenie kolejnego etapu, czyli fragmentacji złożu. Kruszenie wykonujemy przy pomocy lasera. Po rozkruszeniu złożu staramy się, usunąć największe fragmenty, jakkolwiek wyjęcie wszystkich drobnych pozostałości złożu nie zawsze jest możliwe. Po kontroli radiologicznej (ocena doszczętności fragmentacji kamieni) usuwa się wszystkie narzędzia. Najczęściej w moczowodzie pozostawiamy czasowo wewnętrzny stent szynujący D-J, który ułatwia samoistne wydalenie drobnych fragmentów rozkruszonych złożeń. Stent pozostanie w moczowodzie przez okres od kilku dni do kilku tygodni w zależności od stopnia złożoności zabiegu. Po tym okresie stent zostanie usunięty w warunkach urologii jednego dnia. Stet DoJ nie powinien ograniczać codziennej aktywności życiowej. Po zabiegu w pęcherzu moczowym na okres jednego lub kilku dni pozostawiamy cewnik Foleya.

Uwaga!

Na każdym etapie zabiegu w przypadku ewentualnej uzasadnionej i niemożliwej do pokonania bariery lub innych trudnych do przewidzenia przyczyn lekarz w trosce o dobro pacjenta lekarz może podjąć decyzję o odstąpieniu od dalszych etapów operacji.

OKRES POOPERACYJNY

Po zabiegu pacjent otrzymuje leki i kroplówki drogą dożylną. Zalecamy kilkugodzinny reżim łóżkowy. Jeżeli nie zajdą nieprzewidziane okoliczności w pierwszej dobie po operacji będzie mogła Pani/Pan spożywać posiłki się poruszać. Z pęcherza zostanie usunięty cewnik i jeżeli nie nastąpią żadne nieprzewidziane okoliczności pacjent będzie mógł opuścić szpital. W szczególnych przypadkach pobyt w szpitalu zostaje przedłużony, np. z powodu nierzadkiej infekcji dróg moczowych, utrzymujących się dolegliwości bólowych lub krwawienia z pęcherza moczowego. Czas pobytu w szpitalu oraz termin usunięcia cewnika szynującego z moczowodu określa lekarz na podstawie przebiegu zabiegu i pooperacyjne rekonwalescencji.

Najczęściej zalecamy usunięcie szynującego cewnik wewnętrznego D-J, w warunkach urologii jednego dnia, w okresie od 3 do 6 tygodni po zabiegu.

Uwaga!

W pojawienia się w domu stanów gorączkowych, krwimoczu, dolegliwości bólowych operowanej okolicy zalecamy pilną kontrolę w Naszym Oddziale.

POWIKŁANIA

Endoskopowy zabieg usunięcia kamienia z moczowodu przy pomocy giętkiego ureterorenoskopu (RIRS) jak każda operacja nie jest wolny od powikłań. Należą do nich powikłania, które mogą zdarzyć się przy każdym zabiegu, np. infekcja dróg moczowych lub uogólniona infekcja wymagająca zastosowania antybiotykoterapii, zakrzepica żylna, zator tętnicy 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 na każdym etapie: wprowadzania narzędzi, usuwania złogów, może dojść do trudnych do przewidzenia barier zmuszających do przerwania zabiegu lub zamiany na operację otwartą. Do najczęstszych powikłań występujących w trakcie zabiegu należą: perforacja lub wynicowanie moczowodu wymagające odstąpienia od dalszych etapów zabiegu lub konwersji do operacji otwartej wymagającej rekonstrukcji moczowodu. W rzadkich przypadkach może dojść do mechanicznego uszkodzenia nerki, co może wiązać się z koniecznością operacyjnego zaopatrzenia miejsca uszkodzenia, a w szczególnych przypadkach usunięcia całej nerki. W każdym przypadku może również dojść do trudnego do opanowania krwawienia wymagającego intensywnego leczenia zachowawczego, przetoczenia krwi lub nawet klasycznej operacji otwartej.

W przypadku wystąpienia nieprzewidywalnego poważnego zdarzenia celem operacji stanie się ratowanie życia pacjenta i tylko w sprzyjających warunkach usunięcie złogu. **W szczególnych przypadkach np. niemożliwości opanowania krwawienia w trosce o dobro pacjenta konieczne może okazać się usunięcie całej nerki.**

Do rzadkich, ale opisywanych w literaturze powikłań należą: posocznica wywołana wysiewem bakterii bytujących wewnątrz złogu, reakcja uczuleniowa na kontrast, zacieki moczu (ropień przestrzeni zaotrzewnowej), perforacja miedniczki kielichów nerkowych, uszkodzenie sąsiednich narządów np. jelit wymagające rekonstrukcji i/lub wyłonienia - stomii.

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

Liczba powikłań zależy od wielu czynników takich jak np. zaawansowanie chorób towarzyszących, uprzednich zabiegów operacyjnych, liczby, wielkości i lokalizacji złogów, ułożenia nerki, nieprawidłowości w budowie anatomicznej oraz innych niemożliwych do przewidzenia przyczyn.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

- ESWL
- PCNL
- Klasyczny zabieg otwarty: przez nacięcie ściany miedniczki- pyelolitomia, przez nacięcie miększu nerki- nefrolithotomia.

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.

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