

FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA NR KS. GŁ.

.....
Pieczęć Oddziału

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE procedury medycznej

CYSTOGRAFII

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU /BADANIA

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (a), istnieje podejrzenie:

.....
.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani(a) wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskania materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia.

2. METODY LECZENIA

Po szczegółowej analizie Pani(a) przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

CYSTOGRAFIA

Zabieg ten będzie polegał na:

badaniu radiologicznym dróg moczowych z kontrastem podawanym przez cewnik do pęcherza moczowego. Dzięki temu na kolejnych radiogramach wykonywanych w kilkuminutowych odstępach dobrze widać jak stopniowo kontrastują się pęcherz moczowy, cewka moczowa, ewentualnie moczowody i nerki. Pacjent układany jest na stole rentgenowskim na plecach. Następnie zakładany jest cewnik do pęcherza moczowego, przez który podawany jest rozcieńczony środek kontrastujący np. Uropolina. Standardowo podaje się około 250 - 300 ml kontrastu. Po wypełnieniu pęcherza wykonywane jest zdjęcie rentgenowskie, które pozwala na ocenę pęcherza moczowego. U dzieci najczęściej wykonywana jest cystografia mikcyjna, która różni się od zwykłej cystografii tym, że po wypełnieniu pęcherza środkiem kontrastującym pacjent w sposób fizjologiczny oddaje mocz.

Celem operacji (zabiegu) jest:

ocena dróg moczowych oraz prawidłowości przepływu moczu, kształtu moczowodów i pęcherza moczowego.

Alternatywne metody leczenia Pani(a) schorzenia obejmują:

- USG układu moczowego,
- rezonans magnetyczny,
- tomografia komputerowa.
- renoscyntygrafia

FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA NR KS. GŁ.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem. Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- przemijającym bólu lub pieczeniu w obrębie cewki moczowej,
- wystąpieniu ryzyka zakażenia dróg moczowych,
- uszkodzeniu błony śluzowej cewki moczowej w czasie cewnikowania, z przejściowym niewielkim krwawieniem z dróg moczowych.

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani(a) przypadku:

[] duże [] średnie [] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani(a) zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....
.....

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani(a) zapytała nas o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty zatrudnionego w naszym Szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani(a) pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU

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

6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU/ BADANIA WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej procedury. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani(a) zgody, zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani(a) zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem (am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem (podać nazwisko)

....., spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- a. rozpoznania;
- b. proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych;
- c. dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania;
- d. wyników leczenia;
- e. rokowania;

FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA NR KS. GŁ.

f. ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem .

1. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi informacji zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne, lekarz może ograniczyć informację o stanie mego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym moje dobro (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

2. Zapewniam, iż przekazałem(-am) wszystkie prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

3. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia.

8. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującej procedury medycznej.....

oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w procedury medycznej w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

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

Nie zgadzam się na proponowaną mi procedurę medyczną.

Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

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

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

..... Data Pieczętka i podpis lekarza

FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA **NR KS. GŁ.**

*niewłaściwe skreślić