FORMULARZ ZGODY

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

……
Pieczątka Oddziału

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE procedury medycznej

UROGRAFII

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

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 OPERACYJNEGO

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

UROGRAFIA

Zabieg ten będzie polegał na:
badaniu radiologicznym nerek i dróg moczowych z kontrastem podawanym dożylnie, który wydzielany jest przez nerki do moczu. Dzięki temu na kolejnych radiogramach wykonywanych w kilkuminutowych odstępach dobrze widać jak stopniowo kontrastują się nerki, moczowody i pęcherz moczowy. Metoda opiera się na zjawisku pochłaniania promieni rentgenowskich. Większa ilość gazów i mas kałowych w jelitach utrudnia, a często uniemożliwia ocenę zdjęć układu moczowego. Jeżeli kontrolne zdjęcie jamy brzusznej wskazuje na dalsze opróżnienie jelit to należy powtórzyć przygotowanie do badania.

Celem operacji (zabiegu) jest:
ocena położenia nerek, ich wielkości oraz kształtu, informuje również o czynności wydzielniczej nerek oraz o kształcie moczowodów i pęcherza moczowego. lekarz sprawdza, czy nie ma żadnych przeszkód w odpływie moczu i czy obie nerki pracują z taką samą szybkością. Ostatnie zdjęcia ukazują pęcherz moczowy, jego ściany, ewentualne guzy i uchyłki. Obrazy wykonywane po mikcji sprawdzają, czy mocz nie zalega w pęcherzu.

Alternatywne metody leczenia Pani(a) schorzenia obejmują :

- USG nerek,
- tomografię komputerową,
- zdjęcie rentgenowskie.

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 tą procedurą mogą między innymi polegać na:

a) wystąpienia reakcji ubocznych miejscowych, nie wymagających postępowania leczniczego, takich jak:

- ból,
- uczucie gorąca,
- zaczerwienienie skóry,
- wysypka

b) reakcji ogólnoustrojowych wymagających natychmiastowego postępowania leczniczego.

Możliwość wystąpienia w/w reakcji niepożądanych związana jest z budową chemiczną środka cieniującego, wrażliwością organizmu oraz stanem zdrowia pacjenta. W urografii stosuje się dwie grupy środków cieniujących:
środki cieniujące jonowe – np.: Uropolina lub Urografin.
środki cieniujące niejonowe- np.: Omnipaque lub Ultravist.
Prawdopodobieństwo wystąpienia objawów niepożądanych po podaniu środka cieniującego należącego do grupy środków jonowych wynosi ok. 1,5%, zaś po podaniu środka niejonowego ok.0,15%.

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 LECZENIA /ZABIEGU

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

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

W czasie badania/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.

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

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem (-am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania 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;
f. ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

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 dentysty, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne, 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 dentysty).

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	

FORMULARZ ZGODY

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

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 Pieczątka i podpis lekarza

*niewłaściwe skreślić