

Świadoma zgoda na zabieg operacyjny

Szanowny Panie,

Lekarze kierujący Pana na oddział urologii zdecydowali o konieczności przeprowadzenia u Pana **OPERACJI NAPRAWCZEJ PRĄCIA - OPERACJI NESBIT'A**.

Operacja polega na:

W znieczuleniu lekarz okrężnie nacina skórę prącia w rowku założonym i po zsunięciu jej z członka, ocenia zmiany w osłonkach ciał jamistych, następnie koryguje te zmiany poprzez założenie szwów lub wycięciu zmian chorobowych. Następnie naciąga skórę na członka i zaszywa ją w miejscu nacięcia.

Mimo, iż jest to zabieg stosunkowo bezpieczny mogą wystąpić pewne powikłania jak: zakażenie, długotrwały obrzęk skóry członka, bolesne wzwody, może wystąpić niewielkie skrócenie członka.

W czasie zabiegu i pobytu w Zespole Chirurgii Jednego Dnia jest Pan pod fachową opieką anestezjologa, lekarza urologa. Jednak w tym czasie, ze względu na przeprowadzone znieczulenie, zabieg, podawane leki i charakter choroby mogą wystąpić pewne powikłania. Obejmuje to takie stany jak krwotok, zakażenie, zatrzymanie akcji serca. Opisane powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych, bez względu na ich rodzaj lub zakres.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania u Pana strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza, który będzie przeprowadzał zabieg urologiczny.

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:

Oświadczam, że przedstawioną mi informację o planowanym leczeniu i możliwych komplikacjach z niego wynikających zrozumiałem i przyjmuję do wiadomości. **Jednocześnie wyrażam zgodę** na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. **Rozumiem**, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

.....

Podpis lekarza udzielającego informacji

.....

.....

Czytelny podpis pacjenta

Data