

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY
INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM

Szanowny Panie/Pani

Najkorzystniejszym sposobem badania i leczenia w Pani/Pana przypadku będzie zastosowanie metody **URETERORENOSKOPII (w skrócie URS)**. Metoda polega na wprowadzeniu do pęcherza moczowego, a następnie do moczowodu cienkiego aparatu, przez który można oglądać wnętrze moczowodu. W razie konieczności można zwężony moczowód naciąć, skruszyć i usunąć kamień, pobrać materiał do badania., stosując włókno laserowe – do lasera Solvo.

Zabieg URS wykonuje się w znieczuleniu. Przy zabiegu obecny jest anestezjolog. Sporadycznie po zabiegu przez 1-2 dni, a czasem dłużej, utrzymywany jest w moczowodzie wewnętrzny cewnik, w celu zapewnienia lepszego gojenia.

Zabieg URS jest bezpieczny, ale czasami jak po każdym zabiegu mogą wystąpić powikłania (zakażenie, uszkodzenie moczowodu, krwawienie, zwężenie moczowodu, cewki moczowej, niemożność usunięcia kamienia). Powikłania związane są ze znieczuleniem, diagnostyką, podawaniem leków, a także każdą inną procedurą i czynnością wykonywaną w szpitalu.

W związku z powyższym w czasie pobytu w szpitalu jest Pani/Pan pod fachową opieką lekarzy, pielęgniarek oraz innego personelu medycznego.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Pana/Panią czynności podejmowanych przez personel medyczny, w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania u Pan/pani strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją, celem której jest uświadomienie, że każda nawet najmniejsza procedura medyczna i niemedyzna wykonana w szpitalu i poza nim, może być obciążona komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia :

Oświadczam, że przedstawione mi informacje o planowanym leczeniu i możliwych komplikacjach z niego wynikających 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.

Czytelny podpis pacjenta.....

Data.....