

## Świadoma zgoda na zabieg ESWL.

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Zakwalifikowano Panią/Pana do zabiegu ESWL, czyli **kruszenia kamienia falą uderzeniową generowaną poza organizmem**. Terapia ta wykorzystuje falę o charakterze akustycznym o wysokiej energii i małym ognisku. Ognisko leczniczej fali jest skierowane na kamień w nerce lub moczowodzie z wykorzystaniem USG lub RTG. Po dokładnym ustawieniu rozpoczyna się kruszenie, które trwa ok. 20-35 min. Skutkiem działania fali jest defragmentacja złogu. **Małe fragmenty wydalone są drogami naturalnymi z moczem w późniejszym okresie** (od kilku godzin do kilku tygodni). Przed zabiegiem podawany jest dożylnie lek przeciwbólowy. Na skuteczność zabiegu ma wpływ skład i umiejscowienie kamienia.

**Przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu są:** ciąża, przeszkoda w odpływie moczu znajdująca się poniżej kamienia (np. zwężenie moczowodu), zaburzenia krzepnięcia krwi, przyjmowanie niektórych leków przeciwkrzepliwych, tętniak aorty, wysokie wartości ciśnienia krwi (ważne, aby przyjmować leki i kontrolować wartości ciśnienia krwi), nieleczona zakażenie układu moczowego.

ESWL jest metodą małoinwazyjną jednak **po zabiegu mogą wystąpić:** krwimocz, bóle kolkowe, stłuczenie skóry, uaktywnienie niemego zakażenia układu moczowego, zablokowanie odpływu moczu, powstanie krwiaka okołonerkowego. Potencjalnie możliwe jest uszkodzenie innych narządów wewnętrznych (jelito, wątroba, trzustka, płuco) oraz naczyń. Może wystąpić również nieprawidłowa reakcja na podany lek przeciwbólowy oraz przyjmowane po zabiegu przepisane leki. Ostatecznym skutkiem każdego zabiegu medycznego może być zgon pacjenta.

**OŚWIADCZENIE LEKARZA:** Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia oraz poinformowałem o możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w wyniku leczenia.

Podpis lekarza:

.....

**OŚWIADCZENIE PACJENTA:** Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem proponowanego leczenia, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami
- **zrozumiałem** przedstawiony przez lekarza sposób wykonania zabiegu
- uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania

- zgadzam się na podanie leków przeciwbólowych
- **wyrażam zgodę** na wykonanie zabiegu kruszenia kamienia (ESWL).

Ewentualne uwagi pacjenta:

.....  
.....

Data: .....

.....  
**Podpis pacjenta:**

.....  
**Podpis i pieczęć lekarza:**