

ZGODA

PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia:.....
Imię		
Nazwisko		
Nazwa procedury medycznej		
Biopsja fuzyjna przezodbytnicza gruczołu krokowego		
Opis jednostki chorobowej będącej powodem zgłoszenia się pacjenta		
Diagnostyka inwazyjna w kierunku potwierdzenia lub wykluczenia raka prostaty		
Wskazania do proponowanej procedury medycznej		
Podejrzenie raka prostaty		
Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej		
<p>Procedurę biopsji fuzyjnej prostaty wykonuje się w znieczuleniu miejscowym z użyciem 1 % lignokainy, którą ostrzykuje się okolicę krocza oraz pęczki naczyniowo – nerwowe prostaty celem jej znieczulenia. Zabieg wykonywany jest w pozycji litotomijnej. Wprowadza się do odbytnicy sondę USG transrektalną wraz z przystawką umożliwiającą pobranie wycinków z prostaty przez odbytnicę. Wycinki pobierane są z każdego uprzednio opisanego miejsca przez radiologa, w razie potrzeby wykonywany jest również mapping prostaty, czyli pobranie wycinków z góry założonych miejsc z prostaty. Materiał z badania przesyłany jest do zakładu patomorfologii celem jego zbadania pod mikroskopem. Do badania średnio pobiera się od 6 do 20 wycinków.</p>		
Korzyści z diagnostyki		
Poszerzenie wiedzy diagnostycznej o badanie patomorfologiczne wycinków z prostaty.		
Ryzyko procedury medycznej po uwzględnieniu wszystkich informacji dotyczących stanu pacjenta określono jako:		
<input type="checkbox"/> Duże <input type="checkbox"/> Średnie <input checked="" type="checkbox"/> Małe <input type="checkbox"/> Znikome		
Przeciwwskazania do proponowanej procedury medycznej		
zakrzepica żylna, zaburzenia hemostazy krwi, zapalenie stercza, przyjmowanie leków upośledzających krzepnięcie krwi		
Powikłania / następstwa leczenia / efekty uboczne		
Krwimocz, obecność krwi w nasieniu, zatrzymanie moczu, zapalenie prostaty, uogólniona bakteriemia		
Alternatywy		
Biopsja prostaty klasyczna - transrektalna		

Konsekwencje odstąpienia od diagnostyki
Opóźnienie wykrycia lub niewykrycie ewentualnej zmiany nowotworowej prostaty
Zalecenia po wykonaniu procedury medycznej
Przyjmowanie antybiotyku oraz leków przeciwbólowych według wcześniej ustalonego schematu. Odbiór wyniku histopatologicznego za ok 4 tygodnie z sekretariatu poradni medycznej Pić około 2 litrów płynów dziennie przez 3 dni W razie wystąpienia gorączki, dreszczy, nasilonego krwimoczu lub pogorszenia stanu ogólnego po biopsji proszę o kontakt z lekarzem prowadzącym lub niezwłocznie udać się na najbliższy oddział ratunkowy
Inne aspekty ważne w kontekście pacjenta
W trakcie biopsji poza lekarzem wykonującym zabieg mogą znajdować się lekarze asystujący do biopsji, lekarz radiolog, pielęgniarki oraz asysta techniczna niezbędna do obsługi urządzeń technicznych w tym USG.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany przez lekarza prowadzącego o wskazaniach do wdrożenia procedury medycznej / terapii, przesłankach uzasadniających jej zastosowanie, a także o najczęściej występujących następstwach i powikłaniach, które mogą się pojawić.

Oświadczam, iż miałem możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zrozumiałem i akceptuję możliwość wystąpienia powikłań związanych z przeprowadzeniem proponowanej procedury medycznej. Zapoznałem się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadomy konieczności ich przestrzegania. Potwierdzam, że miałem wystarczającą ilość czasu na podjęcie przemyślanej decyzji.

Niniejszym oświadczam, iż zostałem wyczerpująco poinformowany o przebiegu procedury i możliwych powikłaniach okołozabiegowych. Zostałem poinformowany o ewentualnej potrzebie wykonania nieprzewidzianych, dodatkowych zabiegów, na które nie będę mógł wyrazić oddzielnej zgody, jeśli mój stan będzie tego wymagał i jeśli ich zaniechanie może mi zaszkodzić. Wyrażam zgodę na uczestnictwo osób niezbędnych według lekarza przeprowadzającego zabieg do jego wykonania w tym innych lekarzy, pielęgniarek oraz personelu technicznego. Wyrażam zgodę na uwiecznienie w formie elektronicznej w tym nagrań wideo niezbędnych materiałów z zabiegu do ich dalszej analizy.

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

Biopsja fuzyjna, przekroczoza gruczołu krokowego

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta

.....
data, pieczęć i podpis lekarza