

## Zgoda na procedurę medyczną

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

**Nazwa procedury medycznej:**

Biopsja prostaty w rezonansie magnetycznym "in bore"

**Opis jednostki chorobowej będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:**

Diagnostyka inwazyjna w kierunku potwierdzenia lub wykluczenia raka prostaty

**Wskazania do proponowanej procedury medycznej:**

Podejrzanie raka prostaty

**Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej:**

Biopsja prostaty w rezonansie magnetycznym "in bore" będzie przeprowadzana przez lekarza w znieczuleniu miejscowym przy użyciu Lignokainy w żelu podanej doodbytniczo. Pacjent będzie umieszczony w gantrze rezonansu magnetycznego, gdzie przezodbytniczo **przy asyście robota Soteria** zostaną pobrane wycinki z prostaty. Zabieg ten ma na celu uzyskanie próbek tkanek do badania histopatologicznego w celu potwierdzenia lub wykluczenia obecności raka prostaty.

**Korzyści z diagnostyki:**

Poszerzenie wiedzy diagnostycznej o badanie histopatologiczne tkanek prostaty w celu wczesnego wykrycia raka prostaty.

**Ryzyko procedury medycznej po uwzględnieniu wszystkich informacji dotyczących stanu pacjenta określono jako:**

Średnie

**Przeciwwskazania do proponowanej procedury medycznej:**

Zakrzepica żylna, zaburzenia hemostazy krwi, zapalenie stercza, przyjmowanie leków upośledzających krzepnięcie krwi, klaustrofobia

**Powikłania/następstwa leczenia/efekty uboczne:**

Krwimocz, obecność krwi w nasieniu, zatrzymanie moczu, zapalenie prostaty.

**Alternatywy:**

Inne formy biopsji prostaty w tym biopsja fuzyjna przezkroczowa

**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. (Proszę przyjąć pierwszą dawkę antybiotyku wieczorem w przeddzień biopsji i następnie kontynuować jego przyjmowanie do końca opakowania.)
- Przyjmowanie leku przeciwbólowego/przeciwzapalnego wieczorem po biopsji
- Odbiór wyniku histopatologicznego za ok. 4 tyg. z sekretariatu Centrum Medycznego Alfa Clinic
- Pić około 2 litrów płynów dziennie przez 3 dni.
- **W razie wystąpienia gorączki, dreszczy, nasilonego krwimoczu, zatrzymania moczu 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 inne osoby wskazane przez lekarza prowadzącego oraz personel techniczny. Uczestnictwo tych osób jest niezbędne dla prawidłowego przeprowadzenia procedury.

### 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 prostaty w rezonansie magnetycznym "in bore"

.....  
Podpis

**Checklista dla pacjenta przed biopsją prostaty w rezonansie magnetycznym "in bore":**

1. Potwierdzenie daty i godziny zabiegu: [data] o godzinie [godzina].
2. Przyjęcie zapisanego antybiotyku zgodnie z zaleceniami lekarza.
3. Przyjęcie ewentualnych leków przeciwbólowych/przeciwzapalnych, jeśli zostały przepisane.
4. Zapewnienie, że osoba towarzysząca będzie dostępna po zabiegu i będzie mogła Cię odwiedzić do domu po procedurze.
5. Przygotowanie się na ewentualne krwawienie z odbytu po zabiegu poprzez zabezpieczenie wkładką higieniczną.
6. Potwierdzenie z rejestratorką płatności za zabieg.
7. Upewnienie się, że masz ze sobą dokumentację medyczną, w tym płytę z badaniem MRI prostaty z opisem i ewentualne wcześniejsze wyniki badań.

Upewnij się, że wszystkie punkty zostały wykonane przed planowanym terminem zabiegu, aby zapewnić jego pomyślny przebieg oraz Twój komfort i bezpieczeństwo.

