

Zgoda na zabieg operacyjny

Operacja skrzywienia prącia

Informacja o zabiegu:

W przypadku zmian anatomicznych prącia, powodujących zaburzenia kształtu, mikcji, jak i też zaburzających współżycie wykonywane są operacje plastyczne prącia. Technika zabiegu, jak i też zakres operacji podejmowany jest na podstawie kwalifikacji przedoperacyjnej.

Wskazania: skrzywienie prącia uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie narządu.

Przeciwwskazania: Choroby towarzyszące uniemożliwiające znieczulenie pacjenta, wady towarzyszące uniemożliwiające wykonanie prawidłowej plastyki.

Oczekiwane korzyści: wyprostowanie prącia, powrót możliwości współżycia.

Metody alternatywne: nie występują.

Ryzyko zabiegu: średnie

Możliwe powikłania:

1. Znaczna utrata krwi (krwawienie, krwotok, krwiak, krwimocz) oraz konieczność przetoczenia krwi.
2. Zakażenie rany pooperacyjnej i ropień operowanej okolicy.
3. Posocznica.
4. Rozejście się rany pooperacyjnej.
5. Skrócenie prącia.
6. Zaburzenia seksualne.
7. Wytworzenie się przetoki cewkowej.
8. Nawrót choroby.
9. Ponowne skrzywienie.
10. Niedrożność jelit.
11. Powtórna operacja.
12. Niewydolność nerkowa.

13. Powikłania zakrzepowo-zatorowe.
14. Odstąpienie od zabiegu.
15. Zwężenie cewki moczowej(jako powikłanie cewnikowania).
16. Infekcja dróg moczowych.
17. Dolegliwości bólowe operowanej okolicy.
18. Zgon

Okres pooperacyjny:

1. Po zabiegu chory przebywa w Klinice Urologii lub Oddziale Intensywnej Terapii.
2. W trakcie pierwszych dni po zabiegu nie można przyjmować płynów ani posiłków.
3. Usuwanie drenów oraz cewników następuje w pierwszych dniach po operacji.
4. Chory jest informowany o wypisie w dniu lub dzień przed wypisem ze szpitala.
5. Należy dokładnie przeczytać otrzymany wypis ze szpitala i postępować zgodnie z zaleceniami.
6. Przez pierwszy miesiąc od operacji należy prowadzić oszczędny tryb życia.
7. Ranę należy utrzymywać w suchości i czystości.
8. W przypadku niepokojących objawów należy zgłosić się do Poradni Urologicznej w trybie pilnym ze skierowaniem od Lekarza POZ lub na Izbę Przyjęć szpitala.

Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia: defekt kosmetyczny.

Zapoznałem się z treścią w/w dokumentu. Zrozumiałem i akceptuję powyższe informacje. Miałam/em możliwość zadawania pytań i udzielono mi na nie wyczerpującej odpowiedzi. Wyrażam zgodę na planowany zabieg operacyjny.

.....
Data i podpis czytelny pacjenta

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza