

Formularz zgody
Endoskopowe rozcięcie zwężenia cewki (uretrotomia wewnętrzna optyczna)

Przebieg operacji: Do cewki moczowej wprowadza się uretrotom. Lokalizuje się zwężenie. Zwężenie nacina się nożem lub laserem holowym. Po zabiegu pozostawia się cewnik w pęcherzu moczowym.

Wskazania: Zwężenie cewki moczowej

Przeciwwskazania: Zaburzenia krzepnięcia oraz choroby dodatkowe wykluczające wykonanie znieczulenia w trybie planowym

Oczekiwane korzyści: drożność cewki moczowej, zachowanie strumienia moczu

Alternatywne metody leczenia: Operacje otwarte plastyki cewki moczowej

Ryzyko zabiegu: średnie

Możliwe powikłania w kolejności występowania:

1. Znaczna utrata krwi (krwawienie, krwotok, krwiak, krwimocz) oraz konieczność przetoczenia krwi
2. Założenie cystostomii
3. Zakażenie układu moczowego
4. Uszkodzenie innych narządów jamy brzusznej
5. Nawrót choroby
6. Powtórna operacja
7. Powikłania zakrzepowo-zatorowe
8. Odstąpienie od zabiegu
9. Nietrzymanie moczu
10. Impotencja
11. Wytrysk wsteczny
12. Zwężenie cewki moczowej
13. 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 kilka dni 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 pierwsze 2 miesiące 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: zatrzymanie moczu, wąski strumień moczu, konieczność założenia cystostomii.

Zapoznałem się z treścią w/w dokumentu. Zrozumiałem i akceptuję powyższe informacje.

Miałem 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