

Formularz zgody

Założenie taśmy pod cewkę moczową (TOT)

Przebieg operacji: Cięcie na przedniej ścianie pochwy. Taśmę przeprowadza się specjalnym szydłem przez oba otwory zasłonowe. Bez napięcia taśmę pozostawia się pod cewką moczową. Pochwę zaszywa się. Po zabiegu pozostaje cewnik w pęcherzu moczowym.

Wskazania: Nietrzymanie moczu o charakterze wysiłkowym

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

Oczekiwane korzyści: zachowanie trzymania moczu

Alternatywne metody leczenia: operacje otwarte nietrzymania moczu (np. Burcha, MMK itp.)

Ryzyko zabiegu: małe

Możliwe powikłania w kolejności występowania:

1. Znaczna utrata krwi (krwawienie, krwotok, krwiak, krwiomocz) oraz konieczność przetoczenia krwi
2. Zakażenie rany pooperacyjnej i ropień operowanej okolicy
3. Posocznica
4. Rozejście się rany pooperacyjnej
5. Uszkodzenie innych narządów jamy brzusznej
6. Powtórna operacja
7. Powikłania zakrzepowo-zatorowe
8. Odstąpienie od zabiegu
9. Nietrzymanie moczu
10. 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: nietrzymanie moczu

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, pieczętka i podpis lekarza