



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE OPERACJI HEMICYTEKTOMII-CZĘŚCIOWEGO USUNIĘCIA PĘCHERZA MOCZOWEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Rozpoznano u Pani/Pana raka pęcherza moczowego. Z tego powodu jest Pani/Pan zakwalifikowana/zakwalifikowany do zabiegu hemicystektomii częściowego usunięcia pęcherza moczowego. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz o leczeniu, które Pani/Panu zaproponowano. Proszę zapoznać się z tymi informacjami i przedyskutować nasuwające się Pani/Panu pytania z urologiem prowadzącym.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Hemicystektomia to operacja polegająca na wycięciu części pęcherza moczowego. Wykonuje się ją wyłącznie u wybranych pacjentów, u których z różnych względów leczenie bardziej radykalne (całkowite wycięcie pęcherza) nie jest możliwe (np. ze względu na dodatkowe choroby lub brak zgody pacjenta) oraz u chorych, którzy mają niewielkie ognisko zaawansowanego miejscowo raka i którzy akceptują zwiększone ryzyko nawrotu oraz progresji choroby po przebytej operacji.

Hemicystektomia jest najczęściej wykonywana **w znieczuleniu ogólnym** („uśpienie”). Urolog po nacięciu skóry w linii pośrodkowej preparuje pęcherz moczowy i usuwa część, w której zlokalizowany jest guz. Następnie pęcherz jest zszywany. Niekiedy konieczne jest również przeszczepienie jednego z moczowodów gdy wycięta zostaje okolica, w której uchodzi on do pęcherza moczowego. Zwykle usuwane są również regionalne węzły chłonne. Zakres i rodzaj techniki operacyjnej zostaną Pani/Panu przedstawiony przez lekarza urologa. W niektórych ośrodkach operacja może być wykonywana laparoskopowo, tzn. przez kilka małych nacięć, przez które wprowadza się kamerę i narzędzia chirurgiczne. Zwykle czas operacji wynosi około 2–3 godzin.

Po zabiegu w pęcherzu moczowym pozostaje cewnik, natomiast przez skórę na brzuchu wyprowadzony zostaje dren. Z reguły dren jest usuwany po około 1–3 dniach, natomiast cewnik po około 10 dniach od operacji. Czas ten może zostać w szczególnych sytuacjach wydłużony, a przed usunięciem cewnika może być konieczne wykonanie badania radiologicznego (cystografia), które potwierdzi całkowitą szczelność pęcherza. Pacjent najczęściej opuszcza szpital po około 3–5 dniach od operacji.

Wycięty fragment pęcherza moczowego jest przesyłany do badania mikroskopowego (histopatologicznego) celem oceny stopnia zaawansowania nowotworu oraz radykalności zabiegu. Wynik wydawany jest pacjentowi we wskazanym miejscu po upływie kilku do kilkunastu dni od operacji. Na podstawie wyniku lekarz wydaje dalsze zalecenia po hemicystektomii.

W leczeniu operacyjnym raka pęcherza moczowego hemicystektomia jest metodą wybieraną w przypadku niezbyt rozległych guzów naciekających błonę mięśniową pęcherza, przy czym pacjent musi być świadomy zwiększonego ryzyka nawrotu i progresji choroby nowotworowej w porównaniu z całkowitym wycięciem pęcherza. Hemicystektomia jest dużą operacją i niesie ze sobą ryzyko powikłań. Powrót do pełnej aktywności następuje po około 4–6 tygodniach.



Oczekiwane korzyści:

Wyleczenie z choroby nowotworowej z zachowaniem pęcherza moczowego.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pooperacyjne

1. Proszę pić dużo płynów (co najmniej 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne płukanie układu moczowego i zapobiega tworzeniu się skrzepów.
2. Proszę nie doprowadzać do zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. Ważne jest przestrzeganie zdrowej i zrównoważonej diety, zawierającej owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste i niskotłuszczowe pokarmy. Zalecane jest ograniczenie dziennego spożycia soli i zwracanie szczególnej uwagi na zawartość soli (sodu) w żywności przetworzonej (opis produktu na opakowaniu). W celu dobrania odpowiedniego schematu żywieniowego warto skorzystać z pomocy dietetyka.
3. Ważne jest ograniczenie spożycia alkoholu i kofeiny. W wybranych przypadkach lekarz może zalecić całkowite wyeliminowanie tych produktów z diety.
4. Proszę nie stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwimoczku. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawiła Pani/odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwe i rozpoczęła Pani/rozpoczął Pan stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.
5. Proszę unikać ciężkiej pracy fizycznej przez co najmniej 4 tygodnie po operacji.
6. Wskazane są regularne ćwiczenia fizyczne, dobrane do Państwa stanu zdrowia i kondycji fizycznej. Są bardzo ważnym elementem powrotu do zdrowia.
7. Bezwzględnie przeciwwskazane jest palenie tytoniu. Udowodniono istotny wpływ dymu papierosowego na rozwój raka pęcherza moczowego oraz na ryzyko wznowy choroby nawet po przebytej hemicystektomii.
8. Przebyte leczenie z powodu choroby nowotworowej może być przyczyną zaburzeń Pani/Pana nastroju, uczucia niepewności, przygnębienia, depresji. W takich sytuacjach warto skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry.
9. W przypadku wszelkich wątpliwości zachęcamy do kontaktu z urologiem prowadzącym.



Wyniki i leczenie uzupełniające, hemicystektomia jest operacją wykonywaną najczęściej z intencją radykalności, jednak w porównaniu z całkowitym usunięciem pęcherza obarczona jest większym ryzykiem nawrotu i progresji choroby nowotworowej. Rak pęcherza jest chorobą, która często nawraca i w związku z tym pacjent po zabiegu wymaga stałej okresowej kontroli urologicznej. To, jak często będzie Pani/Pan kontrolowana/kontrolowany, a także forma kontroli (USG/cystoskopia) zależy od wyniku badania histopatologicznego usuniętego raka, dotychczasowej częstości nawrotów oraz ogólnego stanu zdrowia.

Jeśli w wyniku badania histopatologicznego stwierdzone zostanie przekraczanie nacieku raka poza granicę cięcia chirurgicznego lub nowotwór nawróci, w trakcie kontroli urolog może rozważać u Pani/Pana ponowne leczenie operacyjne cystektomią (całkowite usunięcie pęcherza moczowego).

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na częstość nawrotów po hemicystektomii i ryzyko progresji raka pęcherza jest palenie. Z tego powodu zalecamy wszystkim pacjentom leczonym z powodu raka pęcherza moczowego bezwzględnie zaprzestanie palenia tytoniu.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Usunięcie pęcherza moczowego w całości. Jeżeli chory nie może, bądź nie chce być operowany alternatywną metodą jest leczenie kojarzące chemioterapię z radioterapią z pól zewnętrznych ale wyniki tego leczenia są statystycznie wyraźnie gorsze. W przypadku pojedynczych guzów naciekających mięśniówkę stosuje się również leczenie trimodalne, łączące głęboką elektroresekcję guza z chemioterapią i radioterapią.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

1. Masywne krwawienie, nieznaczne i umiarkowane krwawienie jest naturalnym następstwem tej operacji i nie stanowi dla pacjenta większego zagrożenia. Krwimocz ustępuje z reguły samoistnie po kilku dniach od operacji. Natomiast masywne krwawienie wymagające reoperacji zdarza się po hemicystektomii wyjątkowo rzadko.
2. Przejściowe utrudnienie oddawania moczu, może wystąpić w pierwszych dniach po usunięciu cewnika u niektórych pacjentów. Czasami może dojść do zatrzymania moczu, wymagającego dłuższego utrzymania cewnika w pęcherzu moczowym. Jest to przeważnie wynikiem obrzęku cewki moczowej lub zatkania światła cewki przez skrzepy lub fragmenty tkanki.
3. Infekcja układu moczowego i uogólnione zakażenie. Po hemicystektomii może dojść do zakażenia układu moczowego. Z tego powodu stosuje się profilaktyczną antybiotykoterapię w trakcie operacji. W bardzo rzadkich przypadkach, zwłaszcza u chorych z osłabioną odpornością i zakażonych agresywnym szczepem bakterii, może dojść do uogólnionego zakażenia bakteryjnego organizmu (sepsy). W takim wypadku konieczny jest dłuższy pobyt w szpitalu i leczenie antybiotykami podawanymi dożylnie.
4. Ciężkie powikłania występują wyjątkowo rzadko i obejmują takie stany, jak: rozejście się pęcherza moczowego (nieszczelność), uszkodzenie cewki moczowej, przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa (u kobiet), nietrzymanie moczu, uszkodzenie narządów sąsiadujących. Takie powikłania występują w przypadku hemicystektomii sporadycznie i w większości dotyczą skomplikowanych przypadków, w których rak pęcherza moczowego jest bardzo zaawansowany i/lub występują inne choroby pęcherza moczowego oraz dolnych dróg moczowych. Takie powikłania mogą wymagać dalszego leczenia chirurgicznego (w tym operacji otwartych).
5. Zagrożenie życia i powikłania. Jak każdy duży zabieg operacyjny hemicystektomia niesie ze sobą ryzyko potencjalnie zagrażających życiu powikłań związanych z operacją i znieczuleniem.
6. Powikłania te obejmują takie stany, jak: krwotok śródoperacyjny, zaburzenia rytmu serca, wstrząs, zatrzymanie akcji serca.



VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Prognoza pooperacyjna zależy od rodzaju nowotworu i radykalności wycięcia części pęcherza moczowego z guzem oraz od konieczności, lub nie, dalszego uzupełniającego leczenia onkologicznego.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z radykalnego usunięcia pęcherza moczowego wiąże się z ryzykiem progresji choroby i zgonem.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji

HEMICYSTEKTOMII-CZĘŚCIOWEGO USUNIĘCIA PĘCHERZA MOCZOWEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody* na przeprowadzenie **operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego na **przeprowadzenie operacji hemicystektomii-częściowego usunięcia pęcherza moczowego.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza