



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 RADYKALNEGO USUNIĘCIA PĘCHERZA MOCZOWEGO (CYSTEKTOMII) METODĄ LAPAROSKOPOWĄ

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 cystektomii radykalnego 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

Cystektomia radykalna laparoskopowa jest operacją polegającą na całkowitym usunięciu pęcherza moczowego wraz ze zlokalizowanym w nim nowotworem. Wraz z pęcherzem usuwa się u mężczyzn prostatę i pęcherzyki nasienne, natomiast u kobiet macicę wraz z szyjką i przydatkami oraz z częścią (ściana przednia) pochwy. W wybranych przypadkach zakres operacji może zakładać oszczędzenie narządów rodnych u kobiety. W szczególnych przypadkach konieczne jest również usunięcie całej cewki moczowej. Ponadto wycinane są węzły chłonne miednicy mniejszej, a ostatnim etapem operacji jest wytworzenie odprowadzenia moczu.

Do operacji kwalifikuje się chorych z zaawansowanym rakiem pęcherza moczowego (nowotwór nacieka błonę mięśniową lub tkanki i narządy przylegające do pęcherza) oraz pacjentów, u których rak nie nacieka warstwy mięśniowej, jednak istnieje duże ryzyko progresji (postępu) nowotworu w przyszłości. Rzadziej do tej operacji kwalifikuje się pacjentów z bardzo zaawansowanym procesem nowotworowym, ze wskazań paliatywnych (łagodzących), takich jak krwawienie i bóle niepoddające się innym metodom leczenia. W tym ostatnim przypadku całkowite wyleczenie zwykle nie jest już możliwe (usunięcie pęcherza z zachowaniem radykalności, czyli usunięcie nacieku raka w granicach zdrowych tkanek może być niewykonalne).

Cystektomia jest przeprowadzana w **znieczuleniu ogólnym** („uśpienie”). W niektórych przypadkach znieczulenie to jest poprzedzone dodatkowym **znieczuleniem kanałowym**, polegającym na nakłuciu kanału kręgowego w okolicy lędźwiowej. O szczegółach poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Cała operacja wykonywana jest w technice laparoskopowej, endoskopowej (jak „przez dziurkę od klucza”). Polega na wytworzeniu kilku (zwykle pięciu) niewielkich cięć skórnych na przedniej ścianie jamy brzusznej, w których umieszczone zostaną specjalne porty (tzw. trokary) umożliwiające wprowadzenie do wnętrza ciała pacjenta cienkich narzędzi chirurgicznych i kamery endoskopowej, która przekazuje obraz z wnętrza ciała na monitor. Cięcia zlokalizowane w okolicy pępka pod koniec operacji wydłużane jest do około 5–8 cm celem usunięcia całego preparatu.

W zależności od stopnia zaawansowania nowotworu, chorób towarzyszących, budowy ciała pacjenta i innych czynników możliwe są następujące opcje odprowadzenia moczu na zewnątrz po usunięciu pęcherza moczowego:

Obustronna przetoka moczowodowo-skórna (ureterocutaneostomia) tzw. proste odprowadzenie moczu.

Polega na przeprowadzeniu moczowodów przez powłoki brzuszne i ich przyszyciu do skóry brzucha po obu stronach



pępka. W moczowodach przewlekłe pozostawione będą cewniki, które należy wymieniać regularnie co 2 miesiące w poradni urologicznej. W miejscu ujścia moczowodów na skórze brzucha pacjent przykleja plastikowe worki stomijne, w których zbiera się mocz. W trakcie pobytu w klinice zostanie Pani/Pan przeszkolona/przeszkolony w zakresie wymiany i obsługi worków oraz odnośnie pielęgnacji skóry w okolicy stomii. Worki są szczelne i mogą być dyskretnie schowane pod ubraniem.

Proste odprowadzenie moczu obciążone jest mniejszą niż inne metody liczbą powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza ze strony przewodu pokarmowego, natomiast wiąże się z dyskomfortem związanym z koniecznością posiadania i obsługi dwóch worków stomijnych oraz z koniecznością stałego utrzymywania cewników moczowodowych i ich okresowej wymiany, a także ze związaną z tym zwiększoną podatnością na nawrotowe infekcje układu moczowego. Ten typ odprowadzenia moczu stosowany jest zwykle w przypadkach znacznego zaawansowania raka pęcherza moczowego, złego stanu ogólnego pacjenta i przebytych w przeszłości operacji na przewodzie pokarmowym lub przebytych z innego powodu naświetlań (radioterapia) w rejonie miednicy mniejszej lub jamy brzusznej.

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

Wstawka moczowodowo-jelitowo-skróna (ureteroileocutaneostomia) tzw. odprowadzenie moczu sposobem Brickera.

W tym przypadku operator wycina około 10–15 centymetrowy odcinek jelita cienkiego i tworzy z niego zbiornik na mocz. Do tego zbiornika wszczepiane są następnie moczowody, a koniec jelita wyprowadza się jako pojedynczą stomię moczową na skórę brzucha.

Pozostawione po zabiegu cewniki moczowodowe usuwa się w poradni urologicznej po około 14 dniach od operacji. Na skórę brzucha przykleja się jeden worek stomijny zbierający mocz ze wstawki jelitowej. W trakcie pobytu w klinice zostanie Pani/Pan przeszkolona/przeszkolony w zakresie wymiany i obsługi worka oraz odnośnie pielęgnacji skóry w okolicy stomii. Worki są szczelne i mogą być dyskretnie schowane pod ubraniem. Ten typ odprowadzenia moczu zapewnia pacjentowi wyższy komfort życia niż odprowadzenie proste, w związku z koniecznością obsługi tylko jednego worka oraz brakiem stałych cewników moczowodowych. Natomiast jest to znacznie rozleglejsza operacja, w trakcie której dochodzi do naruszenia ciągłości przewodu pokarmowego i w związku z tym występuje zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych. Jednym z częstszych powikłań (ok. 30% pacjentów) jest niedrożność porażenna jelit. Jest to naturalne następstwo działań chirurgicznych i w większości wypadków ustępuje samoczynnie. Czasem jednak może być konieczna ponowna interwencja chirurgiczna, gdy jelita nie podejmują swojej funkcji.

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

Zastępczy pęcherz jelitowy tzw. ortotopowy, tzn. umieszczony w tym samym miejscu co pęcherz naturalny.

Jest to metoda umożliwiająca najbardziej zbliżone do naturalnego oddawanie moczu (przez własną cewkę moczową). Istnieje wiele różnych technik tej operacji, w większości z nich do wykonania pęcherza zastępczego wykorzystuje się fragment jelita cienkiego, rzadziej grubego. Do takiego odprowadzenia moczu kwalifikuje się pacjentów z mniej zaawansowanym rakiem, u których istotne dla trzymania moczu okolice dolnych dróg moczowych nie są zajęte przez chorobę nowotworową. Dodatkowo pacjent musi być świadomy faktu, iż w celu trzymania moczu konieczne będą systematyczne ćwiczenia oraz samocewnikowanie, aby często i dokładnie opróżniać pęcherz jelitowy. Okres rehabilitacji trwa około 6 miesięcy.

Prowadzący Panią/Pana urolog zaleci odpowiednie ćwiczenia i udzieli niezbędnych instrukcji odnośnie opróżniania



pęcherza moczowego. Aby zakwalifikować chorego do odprowadzenia moczu tym sposobem, musi on być gotowy aktywnie uczestniczyć w rehabilitacji pooperacyjnej oraz uwzględnić w swoich planach życiowych częste opróżnianie pęcherza moczowego i samocewnikowanie.

W trakcie operacji operator wycina około 50–70 centymetrowy fragment jelita cienkiego i tworzy z niego zastępczy „pęcherz jelitowy”, do którego wszczepia moczowody, a następnie łączy go z cewką moczową. Zwykle po około 14 dniach od operacji usuwa się pozostawiony w pęcherzu cewnik moczowy. W związku z tym, że w przypadku odprowadzenia moczu tym sposobem wycina się część jelita i zespala się je na nowo, w okresie pooperacyjnym u około 30% pacjentów występuje niedrożność porażenna jelit. Jest to naturalne następstwo działań chirurgicznych i zazwyczaj ustępuje samoczynnie. W niektórych przypadkach może być jednak konieczna ponowna interwencja chirurgiczna, gdy jelita nie podejmują swojej funkcji.

Całkowity czas potrzebny na wykonanie cystektomii radykalnej laparoskopowej oraz odprowadzenie moczu wynosi około 3–6 godzin i zależy w znacznej mierze od wybranego sposobu odprowadzenia moczu, zaawansowania choroby nowotworowej i budowy ciała pacjenta. Po operacji oprócz cewników moczowodowych poprzez skórę brzucha wyprowadzane są 2 dreny asekuracyjne, które z reguły usuwa się po około 3–4 dniach. W pierwszej dobie po operacji pacjent może przyjmować niewielkie ilości płynów, w kolejnych dobach włączane jest stopniowo żywienie. Szczegółowy plan żywienia omówi z Panią/Panem lekarz prowadzący. Będzie on uzależniony od sposobu odprowadzenia moczu oraz funkcji jelit po zabiegu. Istotne jest stosowanie się do wszystkich zaleceń personelu szpitala, gdyż powrót funkcji przewodu pokarmowego jest bardzo istotnym elementem warunkującym właściwy przebieg pooperacyjnego leczenia. Niekiedy konieczne może być włączenie na kilka dni żywienia pozajelitowego, w takim przypadku niezbędne składniki odżywcze będzie Pani/Pan otrzymywać w kroplówce dożylniej. Pacjent zostaje wypisany do domu po około 3-7 dniach od operacji. Wycięty podczas operacji materiał 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 zabiegu i wpływa na dalsze zalecenia po cystektomii.

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

Oczekiwane korzyści

W leczeniu operacyjnym raka pęcherza moczowego cystektomia jest metodą wybieraną w przypadku inwazyjnego raka pęcherza moczowego oraz w przypadkach nieinwazyjnych, gdy istnieje duże ryzyko progresji choroby. Cystektomia radykalna jest rozległym zabiegiem operacyjnym i niesie ze sobą ryzyko powikłań. Dzięki zastosowaniu techniki laparoskopowej pacjent jest obciążony znacznie mniejszym urazem operacyjnym, wyraźnie zmniejsza się utrata krwi i skraca czas do powrotu do pełnej aktywności w porównaniu do klasycznej, otwartej cystektomii radykalnej. Czas potrzebny na powrót do sprawności fizycznej nie przekracza zazwyczaj 4–6 tygodni.

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. Proszę nie stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwimoczu.



Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawiła Pani/odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwie i rozpoczęła Pani/rozpoczął Pan stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.

4. Proszę unikać ciężkiej pracy fizycznej przez co najmniej 4 tygodnie po operacji.
5. 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.
6. W przypadku wszelkich wątpliwości zachęcamy do kontaktu z urologiem prowadzącym.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Cystektomia radykalna, w połączeniu z przedoperacyjną chemioterapią jest uważana za optymalne leczenie chorego z naciekającym rakiem pęcherza moczowego. 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, jednak czas obserwacji chorych jest jeszcze zbyt krótki aby porównać wyniki tego leczenia z wynikami radykalnej cystektomii.

Cystektomię radykalną można przeprowadzić metoda otwartą, laparoskopowo lub w asyście robota Da Vinci. Sposób przeprowadzenia operacji jest dobierany indywidualnie do każdego chorego.

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

Każda operacja wiąże się z ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Cystektomia jest rozległą operacją urologiczną i wiąże się z określonymi następstwami oraz ryzykiem powikłań. Naturalnym następstwem cystektomii jest inny sposób oddawania moczu (w zależności od wybranej metody patrz wyżej) oraz utrata wzwodu prącia u mężczyzn. Poniżej omówiono niektóre z mogących wystąpić powikłań śród i pooperacyjnych. Nie są to wszystkie możliwe powikłania:

1. Krwawienie: utrata krwi w trakcie usuwania pęcherza i wytwarzania odprowadzenia moczu jest w większości przypadków bardzo dobrze kontrolowana, ale ze względu na znaczny zakres działań chirurgicznych u ponad połowy operowanych konieczne jest przetoczenie krwi podczas lub po operacji. W bardzo rzadkich przypadkach, przede wszystkim dotyczących chorych ze znacznie zaawansowanym rakiem pęcherza, kiedy operacja wykonywana jest ze wskazań życiowych, masywne krwawienie może stanowić poważne zagrożenie życia. Jest to powikłanie bardzo rzadkie, natomiast jego wystąpienia nie można całkowicie wykluczyć, szczególnie w przypadkach dużych, rozległych, naciekających okoliczne tkanki i narządy guzów pęcherza moczowego.
2. Uszkodzenie sąsiadujących narządów: to bardzo rzadko obserwowane powikłanie. Jego ryzyko rośnie w przypadku zaawansowanych guzów z masywnym naciekiem tkanek otaczających pęcherz. Narządy szczególnie narażone na uszkodzenie to jelito cienkie (podczas wytwarzania jelitowego odprowadzenia moczu) i jelito grube oraz odbytnica (podczas usuwania pęcherza).
3. Niedrożność przewodu pokarmowego: niedrożność porażenna jelit, zwłaszcza w przypadku odprowadzenia moczu z wykorzystaniem fragmentu jelita (patrz wyżej), jest zjawiskiem naturalnym i w większości przypadków ustępuje samoczynnie po kilku dniach od zabiegu. Szybszy powrót prawidłowej perystaltyki jelit można stymulować poprzez regularne żucie gumy i ssanie cukierków. W ten sposób zwiększana jest produkcja śliny, co przyspiesza prawidłową funkcję przewodu pokarmowego. Warto przed przyjęciem do szpitala zaopatrzyć się w kilka opakowań gumy do żucia. Jednak u około 30% pacjentów mogą być potrzebne dodatkowe działania lecznicze oraz w niektórych wypadkach reoperacja i czasowe lub stałe wyłonięcia stomii kałowej.
4. Chłonnokotok: w trakcie cystektomii usuwane są w celach diagnostyczno-leczniczych węzły chłonne. W związku z tym naruszona zostaje szczelność układu limfatycznego, co może być przyczyną przedłużonego



wycieku chłonki z drenów asekuracyjnych. Z tego powodu w niektórych wypadkach pacjent zostaje wypisany z drenem, a decyzja o jego usunięciu zostaje podjęta przez urologa prowadzącego w wyniku stałej kontroli wielkości wycieku. Pacjenci po cystektomii mogą również mieć zwiększoną skłonność do powstawania obrzęków chłonnych, zwłaszcza w obrębie kończyn dolnych i kroczu.

5. Rozejście się zespolenia jelitowo-jelitowego: jest to bardzo rzadkie powikłanie, mogące wystąpić u pacjentów, u których wykonuje się odprowadzenie moczu z wykorzystaniem fragmentu jelita. Może ono stanowić stan zagrożenia życia i wymagać doraźnej reoperacji oraz ponownego zespolenia, często również czasowego lub stałego wyłonienia jelita do skóry (stomii kałowej).
6. Infekcja układu moczowego i uogólnione zakażenie. Po cystektomii może dojść do zakażenia układu moczowego. Aby zminimalizować ryzyko infekcji, stosuje się profilaktyczną antybiotykoterapię w trakcie i po operacji. W bardzo rzadkich przypadkach, zwłaszcza u chorych z osłabioną odpornością i zakażonych agresywnym szczepem bakterii, może wystąpić uogólnione zakażenie bakteryjne organizmu (sepsa). Wówczas konieczny jest dłuższy pobyt w szpitalu i leczenie antybiotykami podawanymi dożylnie. W skrajnie rzadkich przypadkach może dojść do zagrożenia życia pacjenta.
7. Nietrzymanie moczu: w zależności od typu jego odprowadzenia może mieć różny charakter. W przypadku odprowadzeń stomijnych (obustronna przetoka moczowodowo-skórna, wstawka moczowodowo-jelitowo-skórna) oznacza w istocie nieszczelność worków stomijnych i wyciek moczu, czasami powodujący trudności w utrzymaniu higieny i odparzenia skóry. Ze względu na stosowane obecnie wysokiej jakości systemy worków stomijnych jest to powikłanie bardzo rzadkie. Przeważnie jego przyczyną jest nietypowa budowa ciała pacjenta (zwłaszcza otyłość), kiedy wytworzenie szczelnej stomii moczowej może być bardzo utrudnione. Natomiast po wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego nietrzymanie moczu oznacza mimowolny wyciek z cewki, szczególnie podczas wysiłku, kaszlu i kichania. Czasami może mieć postać stałej, dziennej i nocnej utraty moczu i prowadzić do istotnego pogorszenia komfortu życia. Powikłanie to w różnym stopniu nasilenia dotyczy około połowy operowanych i zwykle ma tendencję do częściowego lub całkowitego ustępowania wraz z czasem upływającym od operacji. O jego wystąpieniu w dużym stopniu decydują warunki anatomiczne w miednicy mniejszej i sprawne funkcjonowanie mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Należy pamiętać, że pęcherz jelitowy nie jest narządem naturalnym, lecz sztucznie wytworzonym. Jelita w różnym stopniu mogą adaptować się do gromadzenia moczu. Przy niewłaściwym postępowaniu może dojść do nadmiernego rozciągnięcia pęcherza jelitowego bądź do zwłóknienia i zmniejszenia pojemności. Wyjątkowo rzadko w obu przypadkach może być konieczne usunięcie pęcherza zastępczego i wytworzenie prostego odprowadzenia moczu. Ponadto, ponieważ pęcherz jelitowy nie ma mięśnia wypieracza, sam proces oddawania moczu wymagać będzie specjalnego postępowania (oddawanie moczu na siedząco z użyciem tłoczni brzusznej, w niektórych przypadkach regularne samocewnikowanie). Zaburzenia oddawania moczu po wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego czasem mogą być związane z nadprodukcją śluzu przez jelita, co niekiedy może prowadzić do zatrzymania moczu. Temu powikłaniu można skutecznie zapobiegać poprzez przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów (2,5–3 l/dobę) oraz stosowanie leków rozrzedzających śluz. Dokładnych informacji na ten temat może Pani/Panu udzielić urolog prowadzący.
8. Zaburzenia funkcji nerek: częściej dotyczą pacjentów z prostym odprowadzeniem moczu. Konieczność stałego utrzymania cewników moczowodowych przyczynia się do częstych infekcji układu moczowego, co może z czasem prowadzić do trwałego upośledzenia funkcji nerek. Ponadto u tych pacjentów niekiedy może dochodzić do zatkania cewników moczowodowych w takim przypadku należy zawsze pilnie zgłosić się do poradni urologicznej lub do najbliższego oddziału urologicznego, konieczna może być wcześniejsza wymiana cewników. Natomiast po wytworzeniu wstawki moczowodowo-jelitowo-skórnej lub pęcherza jelitowego najczęstszą przyczyną niewydolności nerek jest zwężenie zespolenia moczowodów z zastępczym zbiornikiem moczowym. W niektórych przypadkach konieczne może być doraźne lub definitywne wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomii) bądź ponowna operacja. Opisanie wyżej powikłania są bardzo rzadkie, przy obecnej technice operacyjnej dotyczą mniej niż 5% pacjentów.
9. Konwersja do operacji otwartej: podczas każdego zabiegu laparoskopowego może zaistnieć konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji techniką klasyczną. Przyczyną najczęściej jest nasilone krwawienie, wymagające niezwłocznego zaopatrzenia, wysokie zaawansowanie miejscowe nowotworu, znacznie utrudniające usunięcie pęcherza i prostaty na drodze laparoskopii oraz niekorzystna budowa ciała pacjenta (przede wszystkim otyłość). Dzięki stałemu doskonaleniu techniki i narzędzi laparoskopowych konieczność zamiany techniki z laparoskopii do operacji otwartej zdarza się wyjątkowo rzadko (mniej niż 3% pacjentów).



Powikłania związane z operacją i znieczuleniem. Jak każdy rozległy zabieg operacyjny niesie ze sobą ryzyko potencjalnie zagrażających życiu powikłań związanych z operacją i znieczuleniem. Powikłania te obejmują takie stany, jak krwotok śródoperacyjny, zaburzenia rytmu serca, wstrząs, zatrzymanie akcji serca i inne.

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

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

Ryzyko operacji radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową oceniane na podstawie skali np.: POSSUM _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Obserwuje się znaczną rozbieżność w odsetku raportowanych powikłań wczesnych i późnych związanych z operacją. Powikłania późne dotyczą 28–94%.

Wstawka jelitowa - Ten rodzaj odprowadzenia moczu jest często wybierany w przypadku pacjentów starszych, dodatkowo obciążonych, w celu minimalizacji ryzyka powikłań. Badania pokazują, że zarówno dla jelita cienkiego, jak i grubego ryzyko powikłań jest zbliżone. Cztery najczęstsze powikłania to: roponercze (5–23%), zwężenie moczowodów (2–22%), kamienie moczowe (3–16%) oraz problemy związane z samą stomią (2–62%). Ryzyko powikłań wzrasta również z czasem. Po 5 latach od operacji wynosi 45%, podczas gdy po 15 latach dotyczy praktycznie wszystkich chorych. Do najczęstszych powikłań późnych należy niewydolność nerek (27%).

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

RADYKALNEGO USUNIĘCIA PĘCHERZA MOCZOWEGO (CYSTEKTOMII) METODĄ LAPAROSKOPOWĄ

W dniu ____/____/_____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową.**

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 radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową.

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 radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową.

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 radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową. 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 radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową** 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 radykalnego usunięcia pęcherza moczowego (cystektomii) metodą laparoskopową.**

(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

pieczętka i podpis lekarza