

LECZENIE OPERACYJNE NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UZYCIU TAŚM TYPU „TVT”, „IVS” LUB „TOT”

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani / istnieje u Pani podejrzenie).....

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej na charakter schorzenia wymagający leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

Proponowane leczenie operacyjne nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przedłonowego (przez niewielkie nacięcia skóry sromu) lub załonowego (przez niewielkie nacięcia skóry nad spojeniem łonowym). Zabieg ten jest niekiedy łączony z plastyką przednią lub/i tylną pochwy mającą na celu skorygowanie wypadania pochwy.

Celem proponowanej operacji jest

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują :

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub cewki moczowej
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko, jakkolwiek częściej niż po innych operacjach ginekologicznych.

4. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o

DI-PP-OS 1/74

wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE NIETRZYMANIA MOCZU

Z pacjentką przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródoperacyjną zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na leczenie operacyjne nietrzymania moczu.

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

.....
podpis pacjentki(a)

Na okres pobytu w szpitalu koniecznie należy zabrać z sobą wszelkie przyjmowane leki!