

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE BADANIA INWAZYJNEGO
Litotrypsja i litolapaxia złoгу/ów w pęcherzu moczowym
(nazwa badania)

Ja niżej podpisana/y
(imię i nazwisko pacjenta)

Nr PESEL: Nr Historii Choroby:

Wyrażam zgodę na. przeprowadzenie badania inwazyjnego: urethrocystoskopii polegającego na wprowadzeniu kleszczy optycznych do cewki moczowej i dalej do pęcherza moczowego w celu skruszenia kamienia/kamieni pod kontrolą wzroku. Fragmenty kamienia pozostające w pęcherzu zostają wypłukane.

1. Oświadczam, że zostałem(am) w sposób wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości pomformowany(a) o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, oraz innych możliwych metodach badania.

Co do sposobu przeprowadzenia badania inwazyjnego, poinformowano mnie, że badanie polega na Wprowadzeniu kleszczy optycznych do cewki moczowej i dalej do pęcherza moczowego w celu skruszenia kamienia/kamieni pod kontrolą wzroku. Fragmenty kamienia pozostające w pęcherzu zostają wypłukane.

2.

3. W zakresie ryzyka, w szczególności przedstawiono mi ryzyko wystąpienia:

- krwimoczcu
- gorączki
- zakażenia układu moczowego
- uszkodzenie cewki moczowej lub pęcherza moczowego do przebicia ściany włącznie

Omówiono również ze mną inne możliwe, a nie wymienione powyżej komplikacje. Poinformowano mnie, że niektóre powikłania mogą spowodować czasową lub stałą dysfunkcję organizmu. Wyjątkowo rzadko mogą to być powikłania śmiertelne.

4. Poinformowano mnie, że alternatywne metody badania są następujące:

- operacja klasyczna
- kruszenie kamienia/i przy pomocy lasera/ litoklastu

Wyrażam zgodę na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed badaniem procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia napotkanych w trakcie badania trudności.

5. Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

6. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed i po badaniu. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia.

7. Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem(am) się i zrozumiałem(am) informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie.

.....
Data podpis i pieczęć lekarza

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

.....*

Data, czytelny podpis rodzica
przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego
– *właściwe podkreślić*

** w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*