

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ
ZGODY NA LECZENIE CHEMIOTERAPIĄ PODAWANĄ DO PĘCHERZA
MOCZOWEGO LECZENIE PODTRZYMUJĄCE.**

1. IMIĘ NAZWISKO
2. PESEL

3. INFORMACJA O LECZENIU Z WYKORZYSTANIEM CHEMIOTERAPII DO PĘCHERZA MOCZOWEGO PO ZABIEGU TURBT.

Przeprowadzono u Pani/Pana zabieg elektroresekcji przezcewkowej guza pęcherza moczowego. Po zabiegu rozpoznano raka pęcherza moczowego o umiarkowanym ryzyku nawrotu.

Z uwagi na ryzyko nawrotu i/lub progresji raka pęcherza moczowego po zabiegu (sięgające nawet 70% w niektórych przypadkach) w celu zmniejszenia tego ryzyka lekarz zaproponował podawanie chemioterapii do pęcherza moczowego. Takie postępowanie zmniejsza ryzyko wznowy/progresji raka pęcherza moczowego.

4. JAK BĘDZIE WYGLĄDAŁO PODAWANIE MI LEKÓW ?

Leczenie prowadzone będzie w trybie jednodniowym Oddziału Onkologii Klinicznej. Po przyjęciu do oddziału i badaniu moczu oraz krwi lekarz zbada Panią/Pana i zakwalifikuje do podania leku. Po założeniu cewnika do pęcherza moczowego lek zostanie podany. Roztwór leku powinien pozostawać w pęcherzu przez przynajmniej 1 godzinę (nie dłużej niż 2 godziny). Po podaniu leku będzie Pani/Pan przez 15-30 minut odpoczywał w pozycji półleżącej, po czym powinna Pani/Pan swobodnie poruszać się i spacerować po oddziale tak by lek mógł dotrzeć do wszystkich części pęcherza moczowego. Po tym czasie zostanie on usunięty z pęcherza moczowego wraz z moczem. Po usunięciu leku otrzyma Pani/Pan kartę informacyjną i zostanie wypisana/-y z oddziału. Cały pobyt w oddziale potrwa kilka godzin.

5. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA PROBLEMÓW/DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH

Podawanie jednorazowej dawki leku cytostatycznego do pęcherza moczowego jest z reguły bezpieczne i dobrze tolerowane. Po takim podaniu „chemii” nie występują typowe objawy spotykane u pacjentów, którzy otrzymują cytostatyki dożylnie lub doustnie – wypadanie włosów, nudności/wymioty, osłabienie.. Tym niemniej mogą wystąpić działania uboczne procedury; ryzyko ich wystąpienia jest małe. Możliwe działania uboczne:

- stan zapalny błony śluzowej pęcherza moczowego,
- ból podbrzusza, ból podczas mikcji,
- częstomocz,
- zakażenie układu moczowego,
- krwimocz
- wysypka na skórze.

Bardzo rzadko obserwowano uszkodzenie szpiku kostnego, owrzodzenie lub zwapnienie ściany pęcherza moczowego oraz martwice tkanki tłuszczowej pozapęcherzowej.

6. JAK MAM PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO ZABIEGU:

W ramach przygotowania się do zabiegu powinna Pani/Pan pamiętać o:

- ograniczeniu przyjmowania płynów na 1 dzień przed zabiegiem,
- nie picie kawy i spożywaniu alkoholu w dniu poprzedzającym zabieg oraz dniu zabiegu,

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/Pan omówił ze swoim lekarzem szczegóły proponowanego leczenia i wszystko, co chciałaby Pani/Pan wiedzieć w związku z tym sposobem leczenia.

7. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA

.....

8. PYTANIA PACJENTKI/A

.....
.....

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

- W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem.
- Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem.....spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanego sposobu leczenia.
- Znane mi są możliwe powikłania i problemy związane z tym sposobem leczenia.
- Zostałem poinformowana/-y o konieczności
 - częstego opróżnianie pęcherza moczowego po zabiegu celem uniknięcia podrażnienia śluzówki pęcherza,
 - przez pierwsze 6 godzin oddawania moczu w pozycji siedzącej (po usunięciu cewnika) celem zmniejszenia ryzyka zanieczyszczenia skóry moczem,
 - mycia rąk i zewnętrznych narządów płciowych wodą z mydłem po oddaniu moczu przez przynajmniej 6 godzin po zabiegu,
 - przez pierwsze 6 godzin po oddaniu moczu mycia toalety środkami chemicznymi (żel do WC).
 - Konieczności wypicia 2-3 litrów wody w ciągu 24 godzin po zabiegu.
- Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na podanie mi leku cytostatycznego do pęcherza moczowego.

.....
data, podpis lekarza

.....
data , podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany zabieg

Zostałam poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data, podpis lekarza

.....
data , podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu

.....