

Przed zabiegiem zostanie pobrana krew na badania laboratoryjne (morfologia, jonogram, układ krzepnięcia) oraz moczu. Pomiar parametrów życiowych będzie w tym czasie prowadzony przez pielęgniarki. W dniu zabiegu pacjent powinien być na czczo. Przed zabiegiem należy dokładnie umyć okolice intymne i założyć jednorazowe ubranie przeznaczone na blok operacyjny.

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez około miesiąc (w zależności od przebiegu leczenia) Toaletę oraz pielęgnację ran pooperacyjnych. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału) oraz do Poradni Urologii Dziecięcej.

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Prawidłowe położenie ujścia cewki moczowej, wyprostowanie prącia

Przeciwwskazania

zaburzenia krzepnięcia krwi, ostre infekcje okolicy prącia, ciężki stan ogólny dziecka

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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

W następstwie operacji spodziectwa mogą wystąpić następujące powikłania:

- przetoka cewkowa
- zwężenie cewki moczowej
- rozejście się szwów
- krwawienie lub krwiak
- obrzęk prącia
- nawrót skrzywienia prącia
- zaburzenie strumienia moczu (osłabienie i rozpryskiwanie)
- niezadowolający efekt estetyczny
- konieczność reoperacji
- uszkodzenie cewki moczowej
- zaburzenia erekcji w późniejszym okresie
- przewlekłe dolegliwości bólowe
- infekcja rany pooperacyjnej: może prowadzić do przedłużonego gojenia, powstawania ropni lub przetok, rozejścia się rany; ze względu na osłabienie odporności związane z chorobą i leczeniem każda infekcja może wywołać stan septyczny;
 - uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
 - zbyt duże i nieestetyczne blizny, które mogą powstać w wyniku skłonności osobniczych lub zaburzeń w procesie gojenia ran
 - zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
 - niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;
 - w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

Prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków zabiegu jest u dzieci ogólnie niskie, ale zależy od rodzaju zabiegu, techniki, wieku dziecka i opieki okołoperacyjnej.

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

.....

.....

.....
.....

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☞ duże ☞ średnie ☞ ograniczone

Alternatywne metody leczenia

Leczenie zachowawcze (obserwacja) może być rozważane w przypadku bardzo łagodnych postaci spodziectwa bez skrzywienia prącia i zaburzeń mikcji. Brak leczenia chirurgicznego w większości przypadków może prowadzić do trwałych zaburzeń funkcji cewki, skrzywienia prącia oraz problemów estetycznych i psychologicznych.

Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z operacji

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowaną operację rokowanie co do stanu zdrowia dziecka Pani/Pana w przyszłości są następujące:

nawrotowe zakażenia układu moczowego, zaburzenia oddawania moczu, postępujące skrzywienie prącia

5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA OPERACJI, 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.

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielone mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- spodziewanych efektach zabiegu,
- sposobie przygotowania do zabiegu
- proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- zaleceń i przeciwwskazań
- możliwych powikłań związanych z tym zabiegiem oraz ryzyko ich wystąpienia

- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Biorąc powyższe pod uwagę:

**zgadzam się
na przeprowadzenie u mnie operacji**

Operację spodziewa oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

**Nie zgadzam się na proponowaną mi operację
Zostałam poinformowana/poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji
dla mojego zdrowia i życia**

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

.....

Data, podpis lekarza

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....