Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody

(pieczątka oddziału)

CEWNIKOWANIE PĘCHERZA MOCZOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta: …….....

Numer historii choroby: ….....

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA.

Cewnikowanie pęcherza moczowego jest wskazane, gdy – z różnych przyczyn – oddawanie moczu przez pacjenta w sposób naturalny jest znacznie utrudnione lub niemożliwe. Zabieg stosuje się u chorych po niektórych zabiegach chirurgicznych, a także u chorych w ciężkim stanie (np. na oddziale intensywnej terapii). Wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego umożliwia monitorowanie diurezy, co ułatwia prawidłowe leczenie chorego. Okresowe cewnikowanie pęcherza moczowego stosuje się również gdy naturalne opróżnianie pęcherza jest niemożliwe, na przykład u chorych z atonicznym pęcherzem moczowym lub przeszkodą podpęcherzową uniemożliwiającą oddawanie moczu (np. wysokociśnieniowy neurogenny pęcherz z przerośniętą szyją pęcherza).

---

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA.

Przeprowadzenie zabiegu nie wymaga specjalnego przygotowania. Pacjent samodzielnie podmywa się, a w przypadku pacjentów z ograniczeniami w zakresie czynności samoobsługowych toaletę krocza wykonuje pielęgniarka. W przypadku dzieci, zwłaszcza chłopców, jeśli podejrzewa się zwężenie, w celu znieczulenia przed cewnikowaniem wprowadza się do cewki moczowej lidokainę w postaci 2% żelu (5 ml). U pozostałych pacjentów preparat ten nakłada się bezpośrednio na koniec cewnika.

---

3. PRZEBIEG BADANIA.

Zabieg polega na wsunięciu jałowego cewnika przez cewkę moczową do pęcherza moczowego, po miejscowym zdezynfekowaniu okolicy ujścia cewki i pokryciu końcówki cewnika specjalną substancją znieczulającą.

---

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ.

Zabieg cewnikowania pęcherza jest obarczony ryzykiem wystąpienia następujących – dających się przewidzieć – powikłań (w trakcie i po wykonaniu zabiegu):

- uszkodzenie cewki moczowej – ok. 1,5%
- krwawienie z pęcherza moczowego przy zbyt szybkim wypuszczeniu dużej ilości moczu – ok. 1%
- zapalenie jądra i najądrza – 0,7%
- zapalenie gruczołu krokowego (prostaty) – ok. 0,6%

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Formularz świadomej zgody

Oświadczam, że dnia _ _ / _ _ **20** _ _ r. w rozmowie z lekarzem ……

1. Otrzymałam / łem informację o tym, jaki jest **cel proponowanego postępowania** i spodziewane wyniki.
2. Poinformowano mnie o **ryzyku** związanym z proponowanym postępowaniem, innych możliwych metodach leczenia i ewentualnych powikłaniach.
3. Zapewniono mi nieograniczone możliwości **zadawania pytań** i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości.
4. Zostałam / łem poinformowana / y, że **mogę nie zgodzić się** na proponowane postępowanie, oraz poinformowano mnie o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.
5. Zostałam / łem poinformowana / y, że w każdej chwili **mogę cofnąć zgodę na proponowane postępowanie.**
6. Uwagi / zastrzeżenia co do proponowanego postępowania ……

……

……

……

Zaznacz właściwą kratkę znakiem X

Wyrażam świadomą zgodę (bez zastrzeżeń lub z powyższymi zastrzeżeniami) na przeprowadzenie u mnie proponowane cewnikowanie pęcherza moczowego ☐	**Nie wyrażam zgody** na przeprowadzenie u mnie proponowane cewnikowanie pęcherza moczowego ☐

……
*czytelny podpis pacjenta / czytelny podpis opiekuna**

……
podpis i pieczątka lekarza

UWAGA:
** W przypadku osób do 16- go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy.*
W przypadku osób w wieku od 16- go roku życia do 18- go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.

Admed® MEDICAL PARTNER