

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY CYSTOURETROGRAFIA MIKCYJNA

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: Numer PESEL: Numer Księgi Głównej:	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:
--	---

II. INFORMACJA O BADANIU

Szanowni Państwo,

Wykonanie badania cystouretrografii mikcyjnej (CUM), jak również podanie środka kontrastującego do pęcherza wymaga Państwa zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o sposobie wykonania badania, przygotowaniu i ryzyku związanym z jego wykonaniem.

1. Opis badania

Przygotowanie do badania:

Do badania CUM pacjent powinien:

- zostać przebadany w kierunku wykluczenia aktywnego zakażenia dróg moczowych;
- zostać zacewnikowany dopęcherzowo.

Ponadto zgłaszając się na badanie CUM pacjent powinien przynieść ze sobą:

- książeczkę zdrowia dziecka lub kartę badań radiologicznych – pacjenci poniżej 16 roku życia;
- osoby niepełnoletnie zgłaszają się z rodzicem lub opiekunem prawnym.

Opis przebiegu badania:

Podczas badania dokonywana jest ocena anatomiczna i czynnościowa pęcherza i cewki moczowej, ocena zalegania kontrastu w pęcherzu moczowym oraz ocena ewentualnego wstecznego odpływu moczu z pęcherza do moczowodów wraz z określeniem jego stopnia.

W czasie badania pacjent ma zakładany cewnik do pęcherza moczowego, przez który podaje się środek kontrastujący, a następnie wykonuje się zdjęcia w czasie i po mikcji (oddaniu moczu)

U niektórych pacjentów szpitalnych badanie przeprowadzane jest po poddaniu pacjenta premedykacji (rodzaj metody zależny od decyzji lekarza kierującego).

W gabinecie rentgenowskim może przebywać tylko pacjent i personel opiekujący się pacjentem. W sytuacjach gdy pacjent nie współpracuje podczas badania, pacjentowi powinien towarzyszyć rodzic/opiekun (ubrany w fartuch ochronny). Przed badaniem każda osoba towarzysząca musi wypisać oświadczenie, że zgadza się dobrowolnie przebywać w gabinecie rentgenowskim podczas wykonywania zdjęć oraz (w przypadku kobiet) że nie są w ciąży. Na każdym etapie badania personel medyczny udziela pełnej informacji medycznej na temat przeprowadzanej procedury

2. Możliwe powikłania

Kontrast podawany pacjentowi jest całkowicie bezpieczny. Podawany jest bezpośrednio do pęcherza moczowego, nie wchłania się do krwiobiegu i wydalany jest w całości przez cewkę moczową.

Dawki promieniowania jakie pacjent otrzymuje podczas badania są bezpieczne, dopuszczalne w celach diagnostycznych i nie zagrażają bezpośrednio jego życiu.

Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny, a skumulowane (w przypadkach wcześniej wykonywanych innych badań z użyciem promieniowania jonizującego) dawki diagnostyczne mogą mieć działanie szkodliwe. Bardziej wrażliwe na działanie promieniowania rentgenowskiego są dzieci i osoby w okresie dojrzewania.

Podstawowym przeciwwskazaniem jest ostre zapalenie układu moczowego.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania CUM jest ciąża.

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY CYSTOURETROGRAFIA MIKCYJNA

Imię i nazwisko pacjenta:

Może wystąpić dyskomfort związany z cewnikowaniem i wypełnianiem pęcherza kontrastem, bolesne oddawanie moczu lub problem z oddawaniem moczu po badaniu, zakażenie układu moczowego, podrażnienie cewki moczowej i napletka oraz uszkodzenie cewki moczowej (rzadko).

III. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że przedstawiłam/em przedstawicielowi ustawowemu pacjenta/pacjentowi sposób przeprowadzenia planowanego badania oraz poinformowałam/am go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania. Stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonania Cystouretrografii Mikcyjnej.

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

VI. OŚWIADCZENIE -ŚWIADOMA ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Oświadczam, że:

- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka/podopiecznego, badań oraz przebytych chorób.
- otrzymałam/am pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłań w związku z badaniem urografii, w tym z podaniem środka kontrastującego, z którą zapoznałam/am się i którą zrozumiałam.
- Miałam możliwość rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o istocie choroby dziecka oraz zleconym badaniu diagnostycznym.

Przyjmuję do wiadomości i rozumiem:

- jakie są przeciwwskazania do przeprowadzenia badania oraz dające się przewidzieć następstwa i powikłania oraz odległe skutki zastosowania procedur.
- że w czasie wykonywania badania może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany sposobu postępowania.
- że istnieje ryzyko wystąpienia powikłań niestandardowych, które nie są typowe dla wykonywanej procedury i są niemożliwe do przewidzenia.

Jestem świadoma/y, że mogę nie wyrazić zgody na wykonanie badania, rozumiem, że niewykonanie badania może utrudnić lub uniemożliwić diagnostykę.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat zleconego badania diagnostycznego, w związku z tym:

Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie Cystouretrografii Mikcyjnej.

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY CYSTOURETROGRAFIA MIKCYJNA

Imię i nazwisko pacjenta:

**Będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/podopiecznego w pełni świadomie
NIE WYRAŻAM zgody na wykonanie Cystouretrografii Mikcyjnej.**

Uzasadnienie przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie
proponowanej procedury medycznej

.....
.....

**Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
zdrowia i życia mojego dziecka/podopiecznego.**

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta maloletniego, który ukończył 16 lat

V. OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE

Oświadczam, że Formularz Świadomej Zgody został przeze mnie sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez przedstawiciela ustawowego i pacjenta (w przypadku ukończenia 16 r.ż) procedury medycznej.

Data/godzina	Pieczętka i podpis lekarza