**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA**

**na zabieg – cystoskopia**

**Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………….**

**PESEL: ………………………………………………………………………….**

**Na czym polega cystoskopia?**

Cystoskopia , czyli wziernikowanie pęcherza moczowego, polega na bezpośrednim oglądaniu wnętrza pęcherza moczowego za pomocą wziernika zwanego cystoskopem, wprowadzonego przez cewkę moczową. Badanie to umożliwia uwidocznienie zmian zachodzących w pęcherzu moczowym , a także cewce moczowej.

Stanowi ono niezwykle istotny element w rozpoznawaniu i różnicowaniu chorobowych stanów pęcherza moczowego min. guzów ,stanów zapalnych, krwawień nieznanego pochodzenia, kamicy moczowej, wad rozwojowych pęcherza i cewki moczowej. Badanie przeprowadzamy zwykle w znieczuleniu miejscowym (żel z lekiem znieczulającym podany do cewki moczowej) na fotelu urologicznym w pozycji leżącej na plecach, z kończynami dolnymi zgiętymi i ułożonymi na specjalnych podporach (tzw. pozycja ginekologiczna)

**Rodzaje możliwych powikłań:**

W trakcie i po wykonaniu cystoskopii, jak ma to miejsce w przypadku każdej inwazyjnej procedury medycznej, możliwe są powikłania. Wystąpić mogą:

* przejściowe krwawienie;
* dyskomfort przy oddawaniu moczu;
* zakażenia dolnego odcinka układu moczowego;
* uszkodzenie badanych struktur.

Po przeprowadzonym badaniu lekarz poinformuje o stwierdzonych zmianach w pęcherzu moczowym i ustali dalsze postępowanie oraz ew. leczenie.

Strona **1** z **2**

**Formularz zgody pacjenta na zabieg**

Oświadczam, że przeprowadzono ze mną rozmowę wyjaśniającą proponowanym zabiegu cystoskopii.

Zostałam/em poinformowana/y o postępowaniu przed- i po zabiegu oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowanym zabiegiem.

Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałem wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowana/y, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysły wyrażam zgodę na planowany zabieg.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o proponowanym sposobie leczenia, jego ewentualnych

powikłaniach i konsekwencjach. Lekarz przeprowadził ze mną rozmowę w trakcie której miałem możliwość zadania pytań dotyczących procesu leczenia.

..…………………………………. ……………………………………

data i podpis lekarza data i czytelny podpis pacjenta

Strona **2** z **2**