



Informacja dla pacjenta oraz oświadczenie świadomej zgody na wykonanie UROGRAFII KLASYCZNEJ

I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury

Po dokonaniu analizy obrazu klinicznego Pana/Pani choroby, wskazane jest wykonanie urografii klasycznej. Badanie to jest pomocne w rozpoznaniu zmian chorobowych w nerkach i drogach moczowych.

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Urografia to badanie radiologiczne, polegające na dożylnym podaniu środków kontrastowych i następowym wykonywaniu zdjęć rentgenowskich jamy brzusznej i miednicy. Pierwsze zdjęcie wykonuje się jeszcze przed podaniem kontrastu i następne w określonych przedziałach czasowych w zależności od wydolności nerek Pacjenta. W uzasadnionych przypadkach wykonuje się jeszcze zdjęcie późne, po kilkudziesięciu minutach lub po mikcji – celem wykazania zalegania moczu w pęcherzu. Procedura wykonywana jest w obecności lekarza z pełnym zabezpieczeniem lekowym.

III. Ewentualne inne sposoby postępowania

- USG
- Tomografia komputerowa

IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Środek kontrastowy może powodować reakcje uboczne, które najczęściej są krótkotrwałe i przejściowe, jednak niekiedy ich nasilenie jest większe i wymaga leczenia, bardzo rzadko występują reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu. Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego to:

- miejscowo-odczyny skórne, pieczenie, swędzenie, wysypka, zaczerwienienie;
- ogólnoustrojowe- nudności, wymioty, zaburzenia smaku lub widzenia, uczucie zmęczenia, potliwość, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni;
- ze strony układu oddechowego- skurcz i obrzęk krtani, duszność;
- ze strony układu krążenia-zaburzenia rytmu serca, wzrost lub spadek ciśnienia, nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, zgon;
- ze strony układu nerwowego- ból głowy, drgawki, zaburzenia świadomości;
- ze strony układu nerkowego – zaburzenia funkcji nerek w postaci ostrej niewydolności nerek.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Niektóre powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, mogą być także przyczyną zagrożenia życia.

V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA POWIKŁAŃ, PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA

Poprawną odpowiedź zakreślić kółkiem

1. Czy mieli Państwo badanie z dożylnym podaniem kontrastu?(urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
TAK / NIE
2. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania?
TAK / NIE
3. Czy rozpoznano u Państwa:

• Astmę, POCHP	TAK/NIE
• Niewydolność nerek	TAK/NIE
• Choroby tarczycy	TAK/NIE
• Cukrzycę	TAK/NIE
• Choroby serca	TAK/NIE
• Dnę moczanową	TAK/NIE
• Szpiczaka mnogiego	TAK/NIE

Imię i Nazwisko Pacjenta.....PESEL.....

- Nużliwość mięśni TAK/NIE
 - Choroby układu nerwowego- udar, padaczka utraty przytomności TAK/NIE
 - Choroby z autoagresji- toczeń układowy, łuszczyce, RZS TAK/NIE
4. Czy przyjmują Państwo na stałe jakieś leki? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....
Czy występują u Państwa jakiegokolwiek uczulenia? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....
5. Czy karmi Pani piersią? TAK/NIE

OŚWIADCZENIA

I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/ łąm się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze **urografii klasycznej**
- 2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem. Miałem/łam możliwość zadawania pytania i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej i oświadczam, że zostałem/ łąm poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza