

Согласие пациента на биопсию простаты

Имя, фамилия _____

Персональный код _____

☞ **Просим внимательно ознакомиться с информацией!**

В связи с подозрением на онкологическое заболевание простаты Вам предусмотрена биопсия простаты (забор образцов тканей простаты специальной иглой через прямую кишку). Биопсия обычно безопасна и необходима, однако важно сознавать возможные риски.

РЕАКЦИЯ НА МЕДИКАМЕНТЫ, АНЕСТЕЗИЮ И ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА

Неожиданные аллергические и другие реакции возможны на любой медикамент или средство анестезии. Чтобы снизить потенциальные риски, важно сообщить своему врачу о любой реакции, которая у Вас была при применении медикаментов или других веществ. Также информируйте врача, какие медикаменты вы принимали в течение последних шести месяцев. Если принимаете какие-либо разжижающие кровь медикаменты (как Аспирин, Тромбоасс, Хьертемагнил, Орфарин, Варфарин и др., которые назначены в связи с другим заболеванием), ☞ обязательно информируйте об этом врача до биопсии!

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Умеренное кровотечение из затронутых кровеносных сосудов имеет место во время любой инвазивной манипуляции. После процедуры возможно:

- выделение крови из мочевыводящих путей, выделение крови с семенной жидкостью (обычно не требует специального лечения, не угрожает жизни, может продолжаться длительное время);
- кровотечение из прямой кишки (часто встречается, но только в 0,2-1% случаев требует хирургического вмешательства – прижигание кровоточащего места).

ИНФЕКЦИЯ

Инфекция – это инфицирование организма бактериями или другими микроорганизмами, которое может произойти при проведении любого надреза кожи или пункции. Во время манипуляции соблюдаются принципы асептики и антисептики. Процедура проводится на фоне приема антибиотиков, которые Вам выписал направивший врач.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Нарушения мочеиспускания вплоть до задержки мочи встречаются редко. Только если у Вас выраженно увеличена простата.

ДРУГИЕ РИСКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Невозможно включить в список все риски медицинской манипуляции. Хотя Вы выбрали этот метод диагностики, у Вас была возможность выбрать другой метод, получить информацию по любому интересующему Вас вопросу, а также выбрать другого врача.



☞ В случае, если у Вас после процедуры имеется выраженное кровотечение из прямой кишки и повышенная температура с лихорадкой выше 38°, или имеется задержка мочи (не можете самостоятельно помочиться) – следует обратиться за помощью к дежурному врачу в приемном отделении ближайшей больницы, предъявив выданное Вам описание процедуры.

☞ **Лечащий врач** (имя, фамилия врача) _____
обсудил со мной ход проведения манипуляции, ответил на вопросы об интересующих меня деталях манипуляции и возможных осложнениях. Полностью сознавая все вышеупомянутое.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы достичь по возможности лучшего результата, поэтому уполномочиваю врача осуществить это.

Если будет необходимо иммуногистологическое исследование образцов биопсии, **обязуюсь / отказываюсь (ненужное вычеркнуть)** его оплатить (сумма услуги EUR 58.84, оплачивается в лаборатории “E. Gulbja Laboratorija” при получении заключения).

Я /имя, фамилия пациента/ _____ разрешаю
врачу (имя, фамилия врача) _____
и выбранным им помощникам провести мне трансректальную биопсию простаты.

Эта информация составлена в 2 экземплярах. После подписания один экземпляр выдается пациенту, а второй присоединяется к „Медицинской карте амбулаторного пациента” (форма № 025/у).

Пациент: _____
(имя, фамилия) (подпись)

Дата: _____ **Время:** _____

Врач - специалист _____ **Дата:** _____
(имя, фамилия) (подпись)

