

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς	
Ασφαλιστικός φορέας	
Αριθμός ΑΜΚΑ	
Ημερομηνία εισαγωγής	
Ημερομηνία συναίνεσης	
Τηλέφωνα επικοινωνίας	

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΙΡΣΟΚΗΛΗΣ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε επέμβαση αποκατάστασης κίρσοκλής.

Αριστερά	<input type="checkbox"/>
Δεξιά	<input type="checkbox"/>
Άμφω	<input type="checkbox"/>

Η προσπέλαση θα γίνει

Ανοικτά	<input type="checkbox"/>
Λαπαροσκοπικά	<input type="checkbox"/>
Με εκλεκτικό εμβολισμό	<input type="checkbox"/>

Σκοπός της επεμβάσεως είναι η βελτίωση των παραμέτρων του σπέρματος και η ύφεση των υποκειμενικών ενοχλημάτων.

Οι παράμετροι του σπέρματος πρέπει να ελεγχθούν μετά από 6 μήνες και μπορεί και να μην βελτιωθούν.

Οι ενοχλήσεις επίσης μπορεί να υποχωρήσουν μετά από αρκετό χρονικό διάστημα.

Για το είδος της αναισθησίας θα ενημερωθείτε από τους αναισθησιολόγους.

Η έξοδος από το νοσοκομείο θα εξαρτηθεί από τη μετεγχειρητική πορεία.

Συνήθως η παραμονή στο νοσοκομείο είναι 1 – 2 ημέρες.

Οφείλετε να γνωρίζετε τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να παρουσιασθούν κατά την επέμβαση, αμέσως μετά ή και σε απώτερο χρονικό διάστημα.

Πιθανές επιπλοκές

		Παρατηρήσεις
1	Μετεγχειρητικός πυρετός	
2	Αιμάτωμα	
3	Διάσπαση τραύματος	
4	Επιμόλυνση τραύματος	
5	Αντίδραση οργανισμού στα ράμματα	
6	Ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού	
7	Μετεγχειρητική κήλη	

8	Επίσχεση ούρων	
9	Ουρολοίμωξη	
10	Οιδημα οσχέου	
11	Εκροή υγρού από το τραύμα	
12	Χρόνια ορχεοδυνία	
13	Αιμάτωμα γύρω από τον όρχι	
14	Ατροφία όρχεως	
15	Επιδυμιμίτιδα	
16	Υποτροπή της κισσοκήλης	
17	Υδροκήλη	

Μετά την εγχείρηση μπορεί να τοποθετηθεί παροχέτευση τραύματος. Αν κατά την επέμβαση προκύψει οποιαδήποτε παθολογική εξεργασία που δεν ήταν δυνατόν να διαγνωστεί προηγουμένως, θα προχωρήσουμε στην κατάλληλη θεραπεία έχοντας ως γνώμονα το συμφέρον της υγείας σας και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Σημειώσεις Ιατρού

.....

.....

.....

Ανέγνωσα το έντυπο συγκαταθέσεως με ηρεμία και το κατανόησα. Δηλώνω κατόπιν τούτου ότι ενημερώθηκα για το είδος της επεμβάσεως που θα υποβληθώ, το σκοπό της επεμβάσεως όπως και τις ενδεχόμενες επιπλοκές και υπογράφω ότι αποδέχομαι να υποβληθώ σε επέμβαση.

Υπογραφή	
----------	--

Ο ασθενής είναι:

Ανήλικος	
Σε φυσική αδυναμία να αποφασίσει	

Δήλωση συναίνεσης για την επέμβαση από:

Όνοματεπώνυμο	
Αριθμός Ταυτότητας	
Βαθμός συγγένειας	
Υπογραφή	

Η υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης έγινε παρουσία του Ιατρού:

Όνοματεπώνυμο Ιατρού	
Ιδιότητα	
Αριθμός ΑΜΚΑ	
Υπογραφή	

Το Έντυπο συντάχθηκε από την Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία