

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

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

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΡΥΨΟΡΧΙΑΣ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε ερευνητική επέμβαση κρυφορχίας

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

Σκοπός της επεμβάσεως είναι η:

Ορχεοπηξία	<input type="checkbox"/>
Ορχεκτομή (αν το κρίνει ο γιατρός σας)	<input type="checkbox"/>

Η ορχεκτομή συνιστάται σε ορισμένες περιπτώσεις διότι ο όρχις μετά την πολυετή παραμονή σε έκτοπη θέση δεν παράγει σπέρμα και υπάρχει ο κίνδυνος μελλοντικής ανάπτυξης καρκίνου.

Σε περίπτωση ορχεκτομής και εφόσον το επιθυμείτε είναι δυνατόν στη θέση του αφαιρεθέντος όρχεως να τοποθετηθεί ένθεμα σιλικόνης.

Η επέμβαση θα γίνει με τομή στη βουβωνική χώρα.

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	Αυτόματη αποβολή ενθέματος	
11	Ατροφία του καθηλωμένου όρχεως	

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 συγκατάθεσης 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