

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

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

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε επέμβαση τοποθέτηση νεφροστομίας

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

Η προσπέλαση θα γίνει

Ανοικτά	<input type="checkbox"/>
Διαδερμικά	<input type="checkbox"/>

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 0 - 5 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	Σοβαρή αιμορραγία	Μετάγγιση αίματος
4	Ρήξη διαφράγματος	
5	Επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας	
6	Μη διορθώσιμη κάκωση του νεφρού	Νεφρεκτομή
7	Κάκωση εντέρου	
8	Κάκωση μεγάλου αγγείου	

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μία σπάνια επιπλοκή.

Τα όργανα τα οποία μπορεί να τραυματισθούν είναι αυτά που γειτνιάζουν με τους νεφρούς, παχύ έντερο, σπλήνας, 12/λο, ήπαρ και πνεύμονες.

Μετά την επέμβαση θα έχετε καθετήρα στην οσφυϊκή χώρα ο οποίος είτε θα παραμείνει είτε θα αφαιρεθεί σε δεύτερο χρόνο και καθετήρα κύστως (σε περίπτωση ανοικτής επέμβασης).

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