

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

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

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΥΣΤΗ ΝΕΦΡΟΥ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε επέμβαση εκτομής κύστης νεφρού.

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

Η προσπέλαση θα γίνει

Ανοικτά	<input type="checkbox"/>
Λαπαροσκοπικά	<input type="checkbox"/>
Ρομποτικά	<input type="checkbox"/>

Σκοπός της επεμβάσεως είναι η εκτομή της νεφρικής κύστης που λόγω θέσης και μεγέθους προκαλεί υδρονέφρωση και υποκειμενικά ενοχλήματα.

Η ανοικτή επέμβαση θα γίνει με τομή στην οσφυϊκή 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 – 7 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	Πνευμονική εμβολή	
11	Πνευμοθώρακας	
12	Υποδόριο εμφύσημα	
13	Τραυματισμός μεγάλων αγγείων – σπλάχνων	
14	Ατελεκτασία	
15	Πνευμονία	
16	Θρομβοφλεβίτις	
17	Γαστρική διάταση	
18	Ειλεός	
19	Ηπατική δυσλειτουργία	
20	Παγκρεατίτις	
21	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	
22	Έμφραγμα μυοκαρδίου	
23	Σοβαρή αιμορραγία	Μετάγγιση αίματος
24	Ρήξη διαφράγματος	
25	Επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας	
26	Επανεμφάνιση της κύστης	
27	Διαφυγή ούρων	

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

