

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

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

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΟΞΕΩΣ ΟΣΧΕΟΥ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε ερευνητική επέμβαση οξέως οσχέου.

Αριστερά

Δεξιά

Η προσπέλαση θα γίνει

Ανοικτά

Σκοπός της επεμβάσεως είναι η διερεύνηση της υφισταμένης παθολογίας του όρχεως. Σε περίπτωση συστροφής, αφού αναταχθεί η συστροφή θα αναμείνουμε παρακολουθώντας την αιμάτωση του όρχεως.

Εάν ανακάμψει ο όρχις τότε θα διατηρηθεί, ειδάλλως θα γίνει ορχεκτομή.

Επίσης σε περίπτωση συστροφής πιθανό να θα καθηλωθεί και ο υγιής όρχις.

Σε περίπτωση ορχεκτομής - και αν το επιθυμείτε και το επιτρέπουν οι συνθήκες του χειρουργικού πεδίου (φλεγμονή-αιμάτωμα) θα τοποθετηθεί ένθεμα σιλικόνης.

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	Απόρριψη του μοσχεύματος	
11	Υπογονιμότης	

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