

**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR  
OSIJEK**

Ul. Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek  
Tel: 031 511 511 (centrala)  
Fax: 031 512 221  
E-mail: [ravnateljstvo@kbco.hr](mailto:ravnateljstvo@kbco.hr)



**ZAVOD ZA UROLOGIJU**  
v. d. Pročelnik Zavoda za urologiju  
dr. sc. Oliver Pavlović, dr. med., spec. urolog  
Josipa Huttlera 4  
31000 Osijek, Hrvatska  
Tel: ++385 (0)31 51 14 00  
Fax: ++385 (0)31 51 22 24  
E-mail: [urologija@kbco.hr](mailto:urologija@kbco.hr)

## **INFORMIRANI PRISTANAK ZA OP. ZAHVAT OBOSTRANA ORHIDEKTOMIJA**

### **Opis postupka:**

Obostrana orhidektomija znači odstranjenje tkiva oba testisa (najvećeg proizvođača muškog spolnog hormona testosterona) radi liječenja raka prostate koji je metastazirao i hormonski ovisan. Zahvat se provodi pod općom ili lokalnom anestezijom. Dva mala operativna reza se učine u području mošnjaci. Svaki testis se oslobodi od ovojnica te se tada vadi kroz ranu. Otvara se kapsula testisa te se izvadi tkivo koje proizvodi hormone. Zašije se kapsula testisa te se svaki od testisa vrati u svoje ležište. Svako krvarenje se zaustavlja i rana se zatvara.

### **Prednosti:**

Ovom metodom praktično se postiže trenutno smanjenje razine serumskog testosterona, bez većih nuspojava.

### **Mogući rizici postupka:**

Ovdje su navedeni uobičajeni rizici. Osim toga mogu postojati i neki neuobičajeni rjeđi rizici koji nisu ovdje navedeni. Ako imate bilo kakvih pitanja obratite se svom urologu. Ako je potrebna anestezija tijekom zahvata možete imati nuspojave zbog primijenjenih anestetika. Uobičajene nuspojave su osjećaj omamljenosti, mučnina, povraćanje, osip i opstipacija. Detaljnije informacije ćete dobiti od anesteziologa.

### **Specifični rizici:**

- Rana se može inficirati, što je popraćeno crvenilom, bolovima, oteklinom, a povremeno i iscjerkom. U tom slučaju bi mogli biti potrebni antibiotici.
- Nakon ove operacije stanje je nepovratno.
- Moguće je krvarenje unutar skrotuma nakon operacije, koje može stvoriti skrotalni hematoma ili krvni ugrušak. Tijekom slijedećih tjedana će se hematoma povlačiti ili će, u slučaju da je hematoma velik, biti potrebna daljnja operacija.
- Moguća je pojava neosjetljivosti u području operativnog ožiljka tijekom nekog vremena; stanje bi se trebalo eventualno poboljšati.
- Moguće da će biti određenih poteškoća prilikom mokrenja a možda će mi biti potrebno staviti privremeno urinarni kateter.
- Princip operacije je smanjenje testosterona u krvi, što uzrokuje smanjenje želje za seksualnim aktivnostima. Biti ćete impotentni nakon operacije.
- Moguće je zatezanje u prsima i oticanje bradavica jedno vrijeme.
- Moguće je da dobijete napade vrućine ("valunge").

- Nećete biti sposobni začeti vlastitu djecu u budućnosti.

Neki od gore navedenih rizika su češći u pušača, pretilih, dijabetičara, osoba sa povišenim krvnim tlakom i osoba sa bolesnim srcem.

**Zamjena za preporučenu operaciju:**

Ukoliko se radi o metastatskom raku prostate koji je hormonski aktivan alternativna metoda liječenja je subkutana aplikacija LHRH agonista kojim se postiže tzv.kemijska kastracija.

OD STRANE LIJEČNIKA UPOZNAT /A SAM I RAZUMIJEM PREDNOSTI, KOMPLIKACIJE I RIZIKE OPERATIVNOG ZAHVATA OBOSTRANE ORHIDEKTOMIJE KAO I RIZIKE U SLUČAJU DA NE PRISTANEM NA OPERATIVNI ZAHVAT OBOSTRANE ORHIDEKTOMIJE.

Shvatio/la sam da osim mojeg kirurga u operacijski zahvat može biti aktivno uključen i drugi liječnik pa i liječnik na specijalizaciji.

Shvatio/la sam da moje tkivo koje je odstranjeno za vrijeme operacije može biti zadržano izvjesno vrijeme radi testova i da će nakon toga biti uklonjeno na način propisan zakonom. Liječnik mi je objasnio da za vrijeme operacijskog zahvata može doći do stanja koje ugrožava život i da će to stanje biti tretirano na odgovarajući način kako to zahtijeva medicinska znanost. Shvatio/la sam da za vrijeme operacije mogu biti načinjene fotografije ili video uzorak a koji će služiti isključivo za učenje zdravstvenih djelatnika. Moj identitet neće biti otkriven na fotografijama niti na video materijalu. Shvatio/la sam da mi nije dana garancija da će operacijski zahvat poboljšati moje stanje i upoznat/a sam s time da operacijski zahvat moje stanje može i pogoršati.

DATUM I VRIJEME: \_\_\_\_\_

KLINIKA/KL. ZAVOD/ZAVOD: **ZAVOD ZA UROLOGIJU KBCO**

IME I PREZIME BOLESNIKA, MATIČNI BROJ: \_\_\_\_\_

IME, PREZIME, ŽIG I POTPIS LIJEČNIKA: \_\_\_\_\_

Bolesnik, **dajem pristanak** za  
obostranu orhidektomiju  
i potvrđujem potpisom:

Bolesnik, **ne dajem pristanak** za  
obostranu orhidektomiju  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ZAKONSKI ZASTUPNIK / SKRBNIK / OSOBA KOJA ODLUČUJE U BOLESNIKOVO IME:**

Skrbnik, **dajem pristanak** za  
obostranu orhidektomiju  
i potvrđujem potpisom:

Skrbnik, **ne dajem pristanak** za  
obostranu orhidektomiju  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bolesniku nisu pružene sve obavijesti o operaciji obostrana orhidektomija iz sljedećih razloga:**

Bolesnik je bez svijesti.

Bolesnik ne može razumjeti ili shvatiti obrazloženje zbog oštećenih kognitivnih sposobnosti.

Bolesniku je potreban hitan dijagnostički ili terapijski zahvat i nije se moglo čekati da razlozi budu navedeni.