

**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR  
OSIJEK**

Ul. Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek

Tel: 031 511 511 (centrala)

Fax: 031 512 221

E-mail: 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

## **INFORMIRANI PRISTANAK ZA OP. ZAHVAT ORHIDOPEKSIJE**

### **Opis postupka:**

Orhidopeksija označava operaciju nespuštenog (retiniranog) testisa, kojom se isti spušta i fiksira u skrotum (mošnjje). Zahvat se provodi pod općom anestezijom. Operativni rez se nalazi u preponskoj regiji, na strani nespuštenog testisa. Nakon pronalaska testisa i spermatičkog tračka te njihovog oslobađanja od okolnih struktura, učini se rez u području mošnjji te se testis fiksira uz stjenku. Svako krvarenje se zaustavlja i rane se zatvaraju, prvo u preponskoj regiji, a zatim na mošnjama.

### **Prednosti:**

Ovom metodom se nespušteni testis može smjestiti unutar skrotuma (ovisno o duljini spermatičkog tračka, priraslicama i eventualnim ranijim operativnim zahvatima, poput operacije preponske kile), te ovisno o dobi djeteta očuvati spermatogeneza, hormonska funkcija i adekvatno palpirati testis u smislu prevencije malignih bolesti testisa.

### **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.
- Moguć je pronalazak testisa koji je slabije razvijen (hipotrofičan, atrofičan) te, u starijoj dobi, testisa sa tumorskim procesom. U posljednjem slučaju, zahvaćeni testis će biti potrebno odstraniti u istom aktu te poslati na patohistološku analizu.
- Postoji mogućnost da se nespušteni testis ne pronađe.
- Nakon ove operacije moguće je povlačenje testisa natrag u preponsku regiju; u tom slučaju će biti potrebna dodatna operacija.
- 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.
- Postoperativno je moguće javljanje torzije (zakretanja testisa oko vlastite osi) i potrebe za novim op. zahvatom.

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

**Zamjena za preporučenu operaciju:**

Ne postoji alternativna metoda liječenja nespuštenog testisa.

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

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  
orhidopeksiju  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

Bolesnik, **ne dajem pristanak** za  
orhidopeksiju  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

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

Skrbnik, **dajem pristanak** za  
orhidopeksiju  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

Skrbnik, **ne dajem pristanak** za  
orhidopeksiju  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

**Bolesniku nisu pružene sve obavijesti o operaciji orhidopeksije 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.