

**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 SEMIKASTRACIJE
(KOMPLETNE ORHIDEKTOMIJE)**

Opis postupka:

Semikastracija ili kompletna orhidektomija znači odstranjenje zahvaćenog testisa i donjeg dijela spermatskog tračka kroz preponu. Zahvat se provodi pod općom anestezijom. Mali operativni rez se učini u području prepone i tračak se oslobodi od okolnih struktura. Spermatski tračak i njegova krvna opskrba se podvežu i odrežu, testis se tada vadi kroz ranu i šalje na patohistološku analizu. Svako krvarenje se zaustavlja i rana se zatvara.

Prednosti:

Ovom metodom liječenja kompletno se odstranjuje oboljeli testis s tumorskim tkivom radi uvida u PHD nalaz i planiranje daljnjeg liječenja po onkologu i urologu.

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 iscjetkom. U tom slučaju bi mogli biti potrebni antibiotici.
- Moguće je krvarenje unutar mošnjaka nakon operacije, koje može stvoriti hematoma ili krvni ugrušak. Tijekom slijedećih tjedana će se hematoma povlačiti ili će, u slučaju da je hematoma velik, biti potrebna dodatna operacija.
- Moguća je pojava neosjetljivosti u području operativnog ožiljka tijekom nekog vremena; stanje bi se trebalo eventualno poboljšati.
- Ovisno o tipu tumora, moguće je da će trebati daljnje liječenje, što može uključiti kemoterapiju ili zračenje.
- Nekoliko godina nakon operacije će trebati pomno praćenje stanja, pretrage krvi i rendgenske snimke.

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:

U principu ne postoji adekvatna zamjenska operacija, no u slučaju manjih tumorskih tvorbi ili solitarnog testisa može se pokušati uraditi parcijalna orhidektomija koja sa sobom nosi specifične rizike i opasnosti. Drugih terapijskih opcija nema pošto se radi o opakoj tumorskoj bolesti s brzom progresijom u veličini i širenju na ostale organe.

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

semikastraciju

i potvrđujem potpisom:

Bolesnik, **ne dajem pristanak** za

semikastraciju

i potvrđujem potpisom:

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

Skrbnik, **dajem pristanak** za

semikastraciju

i potvrđujem potpisom:

Skrbnik, **ne dajem pristanak** za

semikastraciju

i potvrđujem potpisom:

Bolesniku nisu pružene sve obavijesti o operaciji semikastracije/kompletne orhidektomije 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.