

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA CYSTOGRAFIĘ MIKCYJNĄ

I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Imię i nazwisko pacjenta:

..... PESEL :.....

w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody oświadczenie podpisuje przedstawiciel ustawy:

Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego

II. Informacja dla pacjenta.

Cystografia mikcyjna to inwazyjne badanie kontrastowe układu moczowego, najczęściej wykonywane u dzieci. Przez cewnik, do pęcherza moczowego, podaje się rozcieńczony solą fizjologiczną środek cieniujący. Po wypełnieniu pęcherza wykonuje się zdjęcie rtg całej jamy brzusznej. Po usunięciu cewnika, robione są dwa zdjęcia w trakcie oddawania moczu (mikcji), na koniec ostatnie, z pustym pęcherzem.

Podczas badania dokonywana jest ocena anatomiczna i czynnościowa pęcherza i cewki moczowej, ocena zalegania kontrastu w pęcherzu moczowym, oraz ocena ewentualnego, wstecznego odpływu moczu z pęcherza do moczowodów, wraz z określeniem jego stopnia (tzw. reflux).

Nie można wykonywać badań w warunkach aktywnego zakażenia dróg moczowych.

Możliwym **powikłaniem po cystografii** jest zakażenie układu moczowego (ZUM) oraz uraz cewki moczowej lub pęcherza. Przez kilka dni po badaniu, pacjent może narzekać na [częstomocz](#) i pieczenie w trakcie mikcji. Może również zauważyć różowawe podbarwienie moczu. Nie są to objawy groźne i najczęściej są następstwami podrażnienia cewki moczowej. W chwili kiedy do wyżej wymienionych objawów dołącza się: gorączka, poważne problemy z oddaniem moczu pomimo parcia na pęcherz, oraz [krwiomocz](#), należy zgłosić się do lekarza.

Kobiety w ciąży bezwzględnie muszą poinformować o tym fakcie personel !!!

III. Przygotowanie pacjenta do badania.

Nie wymaga przygotowania.

.....
data podpis lekarza udzielającego informacji

IV. Oświadczenie pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)

Po zapoznaniu się z informacjami na temat cystografii mikcyjnej, **wyrażam świadomą zgodę na wykonanie tego badania .**

Oświadczam, że poinformowano mnie o szczegółach planowanego badania, oraz potencjalnych zagrożeniach mogących wystąpić w jego trakcie.

Oświadczam, że miałam/łem możliwość zadawania pytań dotyczących badania i otrzymałam/łem na nie wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Data Czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego.