 Kolbudy dnia …………………………………

**Medi-Medic Centrum Medyczne ul. Przedszkolna 46 83-050 Kolbudy** [**www.medimedic.pl**](http://www.medimedic.pl)

**Tel. 48 58 682 65 73 lub 533 375 037**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**C y s t o s k o p i a**

**wziernikowanie pęcherza moczowego**

Cystoskopia jest badaniem polegającym na oglądaniu wnętrza pęcherza moczowego za pomocą cystoskopu. Obraz wnętrza pęcherza moczowego przesyłany jest na ekran monitora. W czasie badania pęcherz moczowy wypełniany jest płynem. W tym czasie oprócz wnętrza pęcherza oglądany jest kolor moczu wypływający z obu moczowodów oraz cewka moczowa. Cystoskopia jest niezastąpionym badaniem w diagnostyce urologicznej. Pozwala na uwidocznienie zmian patologicznych zachodzących w pęcherzu moczowym. Cystoskopię najczęściej wykonuje się w przypadku :

• podejrzenia guza pęcherza moczowego

• krwiomoczu niewiadomego pochodzenia

• nawracającego zapalenia pęcherza moczowego

• podejrzenie kamicy pęcherza moczowego

• wad rozwojowych cewki moczowej i pęcherza

• podejrzenie gruźlicy pęcherza moczowego

• endoskopowego usunięcie ciał obcych

• pobrania wycinków do badania histopatologicznego.

**Przygotowanie do badania**

Nie ma szczególnych zaleceń dotyczących przygotowania do badania cystoskopowego. Należy powiadomić urologa o wiadomych alergiach na leki i lekach, które mają wpływ na krzepnięcie krwi. Bezpośrednio przed badaniem pacjent oddaje mocz w toalecie. W dniu wykonania cystoskopii należy zwiększyć podaż płynów. Sposób wykonania badania Urolog bada z pielęgniarką. Badanie jest w znieczuleniu miejscowym (żel lignocainowy). Na fotelu urologicznym pacjent leży na plecach z nogami zgiętymi w biodrach i kolanach pod kątem ok. 90 stopni. Nogi przytrzymywane są specjalnymi podpórkami.

Przed przystąpieniem do badania urolog przemywa ujście zewnętrzne cewki moczowej płynem odkażającym a następnie wprowadza do cewki moczowej żel miejscowo znieczulający i nadający poślizg. Następnie przez cewkę wprowadzany jest cystoskop a pęcherz wypełniany jest jałową wodą lub solą fizjologiczną. W czasie badania urolog ocenia cewkę moczową, pęcherz i obserwuje mocz wydobywający się z ujść moczowodów. Badanie z reguły trwa kilka minut.

W przypadku cystoskopii w znieczuleniu miejscowym pacjenci zgłaszają najczęściej uczucie parcia na mocz i pieczenie cewki moczowej. Ważne jest żeby pacjent spróbował zrelaksować się podczas badania co znacznie podniesie jego komfort.

**Co dalej po badaniu**

Po cystoskopii możesz odczuwać uczucie parcia na mocz i pieczenie cewki moczowej, które samoistnie mijają w ciągu 1-2 dni. Należy pamiętać o zwiększonej ilości przyjmowanych płynów po badaniu. W zależności od stanu pęcherza moczowego stwierdzonego podczas cystoskopii urolog ustala z pacjentem dalsze postępowanie. Przez kilka dni po badaniu pacjenci przyjmują leki przeciwbakteryjne przepisane przez lekarza. Istnieje możliwość przejściowego pojawienia się krwi w moczu (krwiomocz) w czasie kilku dni po badaniu. Czasami zdarza się zakażenie układu moczowego wymagające zastosowania leków przeciwbakteryjnych.

U mężczyzn istnieje możliwość zatrzymania moczu po cystoskopii co wymaga założenia na kilka dni cewnika do pęcherza moczowego i zastosowania odpowiedniego leczenia farmakologicznego. W przypadku pojawienia się jednego z poniższych objawów skontaktuj się z urologiem :

• krwisty mocz z obecnością skrzepów krwi

• zatrzymanie moczu

• gorączka z bólem podbrzusza i towarzyszącym bólem okolic lędźwiowych

• pieczenie lub ból przy oddawaniu moczu z towarzyszącymi parciami naglącymi i częstszym oddawaniem moczu.

**Zgoda na zabieg cystoskopii**

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu …...................................................................... i jestem poinformowany o sposobie wykonania powyższego zabiegu oraz nie mam więcej pytań dotyczących rozpoznania i zabiegu.

2. Udzielanie informacji osobom trzecim (niepotrzebny punkt „a” lub „b” skreślić):

a/ wyrażam zgodę na udzielanie informacji medycznych osobie: …..........................................................................................................................................................

b/ nie wyrażam zgody na udzielanie informacji osobom trzecim. ………………………………….................

Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis ........................................................................................................................................

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, 2281 z 2016 r. poz. 195, 677) w jMedi-Medic Centrum Medyczne celach marketingowych jak również związanych z wykonywanymi usługami, w tym na wprowadzenie moich danych do bazy danych, której administratorem jest Medi-Medic Centrum Medyczne ul. Przedszkolna 46 83-050 Kolbudy [www.medimedic.pl](http://www.medimedic.pl) Tel. 48 58 682 65 73 lub 533 375 037

Kolbudy e-mail: ………………………………………………………………………………..

Podpis: …………………………………………..