



っていく必要があります。

### 合併症(副作用・偶発症)について：

- ①出血…術中および術後の出血。出血量が多い場合には輸血の可能性があります。術後の出血に対して、再手術となる可能性があります。退院後に血尿が強くなることがあります。
- ②穿孔（せんこう）…膀胱に穴があくこと。軽度の穿孔であれば、尿道カテーテルを長めに留置して対処します。重篤な場合には開腹処置が必要となる可能性があります。
- ③尿路感染症…前立腺炎、精巣上体炎、腎盂腎炎などを発症する可能性があります。重篤化し、敗血症に至る可能性もありますが、ごく稀です。
- ④尿管口切損傷や逆流…尿管口(腎臓から膀胱へ尿を送る尿管の出口)やその付近の腫瘍を切除した場合、尿管が電気メスによる炎症で通過障害を来すことがあります。完全に途絶して閉塞することはまれです。また膀胱→尿管→腎臓へ逆流が起こり、術後に水腎症や腎盂腎炎を発症する可能性があります。
- ⑤尿道狭窄…術後、内視鏡の刺激により尿道が狭くなる可能性があります。
- ⑥持病の悪化する可能性。
- ⑦血栓・塞栓症…深部静脈血栓による肺塞栓症を発症する可能性があります。頻度はごく稀ですが、発症すると重篤な状態に至る可能性が高いものです。弾性ストッキング着用などにより予防処置は講じますが、完全に防げるものではありません。
- ⑧その他…麻酔薬や抗生剤などによるアレルギーや予期せぬ出来事(脳梗塞、脳出血、心筋梗塞など)が生じ、重篤な事態に至る可能性があります。

#### 【個人情報保護について】

- 他の患者さんの治療に役立てるため、また、手術手技の教育などの貴重な情報として、この手術に関するあなたの診療情報・診療録（CT画像、手術ビデオ等を含む）が使用される場合があります。これらの使用目的には、安全性・有効性の評価、法令に基づく調査（使用成績調査等）、医薬品承認申請（再審査・再評価の場合を含む）、規制当局等の要請に基づく国又はこれに準ずる組織の研究等への協力が含まれます。
- 上記の目的のため、担当医師チームのほか、第三者（学会）に対してあなたの診療情報・診療録を提供する場合があります。情報の提供先は、提供された情報等を上記の目的のために評価・検討し、その集計結果や治療成績を厚生労働省や医学雑誌などに公表する場合があります。
- あなたの診療情報・診療録（CT画像等を含む）を第三者へ提供する場合は、あなたを直接特定する情報（例えば、氏名や住所など）は一切含まれず、当施設で定められた所定の手続きを経た上で行われます。

### 他の治療選択肢・代替医療について：

TUR-Bt(経尿道的膀胱腫瘍切除術)以外の治療について

経過観察、膀胱全摘・部分切除術、抗癌剤治療、放射線治療などがあります。

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がりを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点はご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし治療を受けなければ、おそらく数時間以内には何らかの症状が出現してくるものと思われます。痛みなど多くの症状は現在の緩和治療でほとんど取り除くことができると思

われますが、時にショック状態などのコントロールできにくい症状を認めることがあります。ただ、症状を緩和する治療は日々進歩しており、つらい症状を抱えたまま日々生活することはまずありません。以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

### セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

- この説明を聞いて、TUR-Bt(経尿道的膀胱腫瘍切除術)を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに選択肢が減ることが予想されますが、不利益になることはありません。
- この治療を受けることに同意し、開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。
- わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： \_\_\_\_\_

**診断：膀胱腫瘍**

**術式：TUR-Bt(経尿道的膀胱腫瘍切除術)**

**手術日：           年           月           日**

私は、TUR-Bt(経尿道的膀胱腫瘍切除術)の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年           月           日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 印（本人との続柄           ）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要