



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI.....

PESEL DATA.....

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO
ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH DROGĄ POCHWOWĄ**

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani zaburzenia statyki narządów miednicy, które spowodowało obniżenie lub wypadanie narządów płciowych rodnych (macicy i ścian pochwy). Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do leczenia operacyjnego drogą pochwową.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Leczenie operacyjne wypadania narządów płciowych drogą pochwową polega ba chirurgicznej korekcie struktur anatomicznych dna miednicy, pochwy i krocza z ewentualnym usunięciem części lub całości narządu rodneho. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu drogą pochwową może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....
.....
.....

Celem proponowanej operacji jest:

.....
.....
.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

.....
.....
.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po wycięciu macicy kobieta przestaje miesiączkować. Następstwem wycięcia jajników w kobiet przed menopauzą jest niepłodność i pojawienie się objawów klimakterycznych wymagających systematycznego podawania estrogenów (hormonów kobiecych)

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej,
- niedrożności pooperacyjnej jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

PESEL DATA

- powstanie przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo – pochwowej),
- powikłaniach zakrzepowo – zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu otrzewnej,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- nietrzymaniu moczu,
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

Ciężki, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

5. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg operacyjny rokowanie co do stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....
.....
.....

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa w naszym oddziale.

Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....
.....

7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią

.....

Spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowanych metod lub ich zaniechania,

