



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

PESELDATA.....

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W POSTACI
WYCIĘCIA MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ**

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie)

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują łagodny charakter schorzenia jednak dopiero histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na podstawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego droga laparotomii (przez otwarcie jamy brzusznej).

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane Pani leczenie operacyjne polega ba chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i dokonaniu całkowitego wycięcia macicy lub amputacji trzonu macicy (bez szyjki) z pozostawieniem przydatków albo wycięcia macicy wraz z przydatkami (jajniki i jajowody). W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjnej badanie histopatologicznej, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy leczenie operacyjnego:

Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym.

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 u 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,

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL DATA

- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo – pochwowej),
- powikłaniach zakrzepowo – zatorowych (tworzenie się skrzeplin 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

.....



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

PESELDATA.....

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,
- wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane są mi możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń
(lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się
na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

.....
.....
(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub i rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
.....
(data)

.....
.....
podpis lekarza

.....
.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji
dla mojego zdrowia i życia**

.....
.....
(data)

.....
.....
podpis lekarza

.....
.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....