



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

PESELDATA.....

**INFORMACJA DLA PACJENTKI
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE WYŁYŻECZKOWANIA MACICY**

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani podejrzenie:

.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do wyłyżeczkowania macicy.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

.....

Proponowany zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy, a następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy. Zabieg przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanego zabiegu jest:

.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

.....

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 ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powikłaniach zakrzepowo – zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,

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 to rokowanie co do dalszego 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.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI.....

PESEL DATA.....

Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA

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,
- 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

Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” sp. z o.o.
ul. Barska 13 87-800 Włocławek
tel. 54 233 40 00

ISO 9001:2008 F 253/17/2