

**INFORMACJA DLA PACJENTKI
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO
NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UŻYCIU TAŚM TYPU „TVT”, „IVS” LUB „TOT”**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI :.....
.....

NUMER HISTORII CHOROBY :.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie).....
.....

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej na charakter schorzenia wymagający leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

Proponowane leczenie operacyjne nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przedłonowego (przez niewielkie nacięcia skóry sromu) lub załonowego (przez niewielkie nacięcia skóry nad spojeniem łonowym). Zabieg ten jest niekiedy łączony z plastyką przednią lub/i tylną pochwy mającą na celu skorygowanie wypadania pochwy.

Celem proponowanej operacji jest

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia to:

.....
.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

.....
.....

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

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

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub cewki moczowej

- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym 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)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże *średnie* *ograniczone*

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani 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 zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. 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 do przewidzenia 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 w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania 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 Dr.....spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

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

- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

<u>Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)</u> <u>zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego</u>		
..... (rodzaj zabiegu)		
<u>oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w</u> <u>trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty</u> <u>życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia</u>		
..... data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

<u>Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.</u> <u>Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla</u> <u>mojego zdrowia i życia.</u>		
..... data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....