

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI : .....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

## 1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

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

.....  
.....

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

## 2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

.....  
.....

Proponowany Pani zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy. Zabieg ten 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
- Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

## 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 z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszelkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią .....  
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.

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

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

**Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu**

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