

**INFORMACJA DLA PACJENTKI
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO
MIĘŚNIAKÓW MACICY DROGĄ LAPAROTOMII**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI :

NUMER HISTORII CHOROBY :

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) mięśniaka/mięśniaki macicy. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują niezłośliwy charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego drogą laparotomii (poprzez otwarcie jamy brzusznej).

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane Pani leczenie operacyjne mięśniaków macicy polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i dokonaniu wyluszczenia mięśniaków, całkowitego wycięcia macicy lub amputacji trzonu macicy z pozostawieniem przydatków, albo wycięcia macicy wraz z przydatkami (jajniki i jajowody). W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu 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).

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

.....