

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

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)

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują łagodny 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 polega na 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 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).

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
- 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 skrzepin 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

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 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.

<p><u>Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)</u> <u>zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego</u></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(rodzaj zabiegu)</p> <p><u>oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia</u></p> <p>.....</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">..... data</td><td style="width: 33%; text-align: center;">..... podpis lekarza</td><td style="width: 33%; text-align: center;">..... podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna</td></tr></table>		 data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna
..... data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna			

<p><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></p> <p>.....</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">..... data</td><td style="width: 33%; text-align: center;">..... podpis lekarza</td><td style="width: 33%; text-align: center;">..... podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna</td></tr></table>		 data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna
..... data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna			

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....