

**INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ  
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY  
METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI : .....

NUMER HISTORII CHOROBY : .....PESEL.....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego

**2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIĄŻY**

Cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha poprzecznie ponad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszywanie mięśnia macicy oraz powłok brzucha.

Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników ryzyka związanych z porodem drogami natury

Alternatywne metody leczenia

**3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

Przebycie cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

**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
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-macicznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

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*

**6. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA**

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

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

## 7. 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

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

## 8. 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.

## 9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z 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.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)  
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego

.....  
(rodzaj zabiegu)

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

.....  
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

.....  
.....