

**INFORMACJA DLA PACJENTKI
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO
ZAŁOŻENIA SZWU RATUNKOWEGO NA SZYJKĘ MACICY DROGĄ POCHWOWĄ**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI :

NUMER HISTORII CHOROBY :PESEL.....

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

.....
.....

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu.

Założenie szwu ratunkowego na szyjkę macicy jest operacyjną metodą zapobiegającą w zależności od sytuacji klinicznej poronieniu lub porodowi przedwczesnemu. Zabieg ten polega na założeniu szwu z nici chirurgicznej niewchłanianej na część pochwową szyjki macicy. Jest to postępowanie ratunkowe w przypadku stwierdzenia dużego rozwarcia szyjki macicy z widocznymi błonami płodowymi, a nawet uwypuklania się błon płodowych do światła pochwy.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu, rokowaniach.

Celem zabiegu jest zachowanie i donoszenie ciąży. Wśród doniesień naukowych opisywano, iż założenie szwu okrężnego nagłego może opóźnić o około 5 tygodni wystąpienie porodu w porównaniu z pacjentkami poddanymi reżimowi łożkowemu.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.

Zabiegi wykonuje się po wcześniejszym znieczuleniu przez anestezjologa. Srom oczyszcza się płynem dezynfekcyjnym i zakłada wzierniki pochwe. Po ukończeniu zabiegu konieczna jest dalsza hospitalizacja celem obserwacji.

5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Szew ratunkowy jest jednym z trudniejszych zabiegów położniczych i wiąże się z dużym ryzykiem niepowodzenia, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu rozwarcie szyjki powyżej 4 cm oraz uwypuklone błony płodowe poza ujście zewnętrzne szyjki macicy. Do możliwych powikłań należą: przebicie błon płodowych i przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, wywołanie czynności skurczowej macicy i w konsekwencji prawie natychmiastowy niechciany poród, obfite krwawienie, zakażenie wewnątrzmaciczne.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

W przypadku zaniechania leczenia istnieje zwiększone ryzyko poronienia lub porodu przedwczesnego.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

Alternatywą dla założenia szwu ratunkowego na część pochwową są metody farmakologiczne, reżim łożkowy.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Udokumentowany ostry stan zapalny pochwy, czynność skurczowa macicy, odpłynięcie płynu owodniowego, zaburzenia krzepnięcia, krwawienia z dróg rodnych, śmierć płodu, letalne wady płodu.

9. UWAGI

.....
.....

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam istotnych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

- w trakcie rozmowy z lekarzem miałam nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi
- jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowane dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,
- zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/zabiegu,
- ponadto oświadczam, iż przyjęłam do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu, a o wszystkich powikłaniach powinnam poinformować lekarza.
- nie mam więcej pytań do zespołu operacyjnego.

Nadto oświadczam, że zostałam, poinformowana o możliwościach cofnięcia zgody.

1. Po zapoznaniu się z treścią oświadczenia wyrażam świadomą zgodę na zabieg*

.....

Podpis i pieczęć lekarza
przyjmującego zgodę

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego**

2. Po zapoznaniu się z treścią oświadczenia nie wyrażam zgody na zabieg*

.....

Podpis i pieczęć lekarza
przyjmującego zgodę

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego**

3. Cofam wyrażoną uprzednio zgodę na zabieg*

.....

Podpis i pieczęć lekarza
przyjmującego zgodę

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego**

*niepotrzebne skreślić

**pacjent po ukończeniu 16 r. ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)