

*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 uwypuklenia 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 łóżkowemu.

**4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.**

Zabiegi wykonuje się po wcześniejszym znieczuleniu przez anestezjologa. Srom oczyszcza się płynem dezynfekcyjnym i zakłada wzierniki pochwove. 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 łóżkowy.

**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 przyjąłam 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 pieczętka lekarza  
przyjmującego zgodę

.....  
.....  
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego\*\*

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

.....  
.....  
Podpis i pieczętka lekarza  
przyjmującego zgodę

.....  
.....  
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego\*\*

### 3. Cofam wyrażoną uprzednio zgodę na zabieg\*

.....  
.....  
Podpis i pieczętka 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)