

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA REWIZJĘ RANY PO CIĘCIU CESARSKIM

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 ponownego otwarcia rany po uprzednio przeprowadzonym cięciu cesarskim:

.....
.....

2. PROPONOWANA METODA LECZENIA

Rewizja rany po cięciu cesarskim polega na usunięciu założonych podczas poprzednich zabiegów szwów w obrębie powłok brzucha, ponownym otwarciu nieprawidłowo gojącej się rany pooperacyjnej i jej wizualnej oceny, następnie w zależności od stwierdzonych patologii: zaopatrzenie miejsc krwawiących w obrębie powłok brzucha, wypreparowaniu i usunięciu martwiczo zmienionych tkanek, krwiaków i ropni, ewentualnego drenażu przestrzeni objętych nieprawidłowym gojeniem. W trakcie rewizji mogą być także pobrane wymazy w celu wykonania badań mikrobiologicznych. W dalszej kolejności ponownie zeszywa się powłoki brzucha.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA polegają na przepłukiwaniu rany substancjami antyseptycznymi, antybiotykoterapii, leczeniu przeciwbólowym, przetaczaniu preparatów krwi. Leczenie alternatywne jest mniej skuteczne, a odstępnie od optymalnego leczenia może być niebezpieczne dla zdrowia i życia Pacjentki.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Celem proponowanej procedury jest ograniczenie skutków nieprawidłowego gojenia rany, zahamowanie krwawienia w obrębie powłok brzucha, poprawa gojenia, zmniejszenie ryzyka zakażenia miejsca operowanego.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Operując nieprawidłowo gojącą się ranę należy liczyć się z możliwością wystąpienia powikłań. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- rozejściu się rany pooperacyjnej,
- wystąpieniu krwiaka w obrębie powłok brzucha,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu nerwów.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się bardzo rzadko.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże *średnie* *ograniczone*

6. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Jeżeli nie wyrazi 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 naszej 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

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

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