



Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej

**Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie
diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia**

ZŁOŚLIWYCH ZMIAN CHOROBOWYCH SZYJKI MACICY

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani
(istnieje u Pani podejrzenie):

.....

.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u
Pani wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskanie materiału do badania
mikroskopowego) i/lub leczenia tego schorzenia.

2. METODY DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie
następującego zabiegu:

.....

.....

Zabieg ten będzie polegał na:

.....

.....

W trakcie planowanego zabiegu może zachodzić potrzeba wyłuszczenia
zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy po ewentualnym rozszerzeniu

kanatu szyjki macicy. Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

.....
.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

.....
.....

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:

- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- uszkodzeniu jelit
- krwotoku
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu
- zapaleniu pęcherza moczowego.

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
utrąty 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

.....
.....