



Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej

**Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie  
endoskopowego leczenia operacyjnego**

**LAPAROSKOPIA, HISTEROSKOPIA**

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL/ Data urodzenia:** .....

**Nr ks. gł.:** .....

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

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie):

.....

.....

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują niezłośliwy charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego metodą endoskopową.

**2. ENDOSKOPOWE METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

Histeroskopia, polega na wprowadzeniu przez pochwę i kanał szyjki macicy do jamy macicy urządzenia optycznego w celu obejrzenia wnętrza jamy macicy. W przypadku stwierdzenia podczas histeroskopii zmian możliwych do usunięcia tą drogą zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy macicy kanałem roboczym histeroskopu.

Laparoskopia polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego i obejrzeniu narządu rodniego (macicy, jajników i jajowodów) i sąsiednich narządów. Może zaistnieć potrzeba podania kontrastu przez pochwę, szyjkę macicy, jamę macicy i jajowody w celu sprawdzenia drożności.

W przypadku stwierdzenia podczas laparoskopii zmian możliwych do usunięcia tą drogą zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy brzusznej macicy przez dodatkowe 1-3 trokary w kształcie rurek. Zabiegi te przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym.

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu endoskopowego może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....

Celem proponowanej operacji jest

.....

.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia to:

.....

.....

### 3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

.....

.....

### 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
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetok jelitowych
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej

- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu odmy
- zespole przewodnienia.

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*

.....  
.....