



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UŻYCIU TAŚM TYPU „TVT”, „IVS” LUB „TOT”

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) nietrzymania moczu. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej na charakter schorzenia wymagający leczenia operacyjnego.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny: (**niepotrzebne skreślić*)

Założenie podcewkowej taśmy metodą transobturatorijną (TOT)*

Założenie podcewkowej taśmy metodą załonową (TVT)*

Zabieg wykonywany jest w **znieczuleniu ogólnym lub przewodowym (zewnątrzoponowym lub podpajęczynówkowym)**.

Operacja polega na **wprowadzeniu taśmy z tworzywa syntetycznego (najczęściej polipropylenowej)** pod środkowy odcinek cewki moczowej poprzez niewielkie nacięcie w przedniej ścianie pochwy oraz dwa małe nacięcia w okolicy łonowej lub pachwinowej (w zależności od metody: TVT, IVS lub TOT).

Taśma **nie jest przyszywana**, lecz po wgojeniu tworzy trwałe podparcie dla cewki moczowej.

Średni czas trwania zabiegu: **około 30–60 minut**.

Zazwyczaj pobyt w szpitalu trwa **1–2 dni**.

Celem proponowanej operacji jest wsparcie cewki moczowej i szyi pęcherza moczowego i następowej korekcji nietrzymania moczu.

Oczekiwane korzyści obejmują korekcję nietrzymania moczu.



(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

Po operacji nietrzymania moczu z użyciem taśmy należy przestrzegać kilku ważnych zasad, aby rana dobrze się zagoiła i zabieg przyniósł oczekiwany efekt.

1. Odpoczynek i ogólna aktywność

- Przez pierwsze **2–3 dni** po operacji zalecany jest odpoczynek i unikanie wysiłku.
- Można chodzić po pokoju i wykonywać lekkie czynności domowe, ale **nie należy dźwigać ciężarów powyżej 2–3 kg przez 6 tygodni**.
- Stopniowo można zwiększać aktywność, ale pełny powrót do normalnych zajęć (sport, praca fizyczna) powinien nastąpić **po około 6–8 tygodniach**

2. Rana i higiena

- Szwy w pochwie i na skórze (jeśli nie są rozpuszczalne) zostaną usunięte podczas wizyty kontrolnej.
- Okolicę krocza należy **codziennie delikatnie myć wodą z łagodnym mydłem** i dokładnie osuszać czystym ręcznikiem.
- Unikać gorących kąpieli, sauny i basenu przez **co najmniej 6 tygodni**.
- Nie należy używać tamponów ani wykonywać irygacji pochwy.

3. Oddawanie moczu

- W pierwszych dniach po zabiegu może pojawić się uczucie częstego parcia lub lekkiego pieczenia przy oddawaniu moczu – to zjawisko przejściowe.
- Jeśli wystąpi **ból, gorączka, silne pieczenie, krwimocz lub trudność w oddaniu moczu**, należy **niezwłocznie skontaktować się z lekarzem**.
- Ważne: nie należy wstrzymywać moczu – proszę opróżniać pęcherz regularnie.

4. Współżycie i aktywność seksualna

- Współżycie seksualne można rozpocząć **najwcześniej po 6–8 tygodniach**, po kontroli u lekarza, jeśli rana zagoi się prawidłowo.
- Wcześniejsze współżycie może spowodować ból lub zaburzyć proces gojenia taśmy.

5. Dieta i nawodnienie

- Zaleca się lekkostrawną dietę bogatą w błonnik (warzywa, owoce, pełne ziarna) oraz picie **co najmniej 1,5–2 litrów płynów dziennie**, aby uniknąć zaparc.
- Zaparcia należy leczyć łagodnie (np. zwiększenie błonnika, ewentualnie środki przeczyszczające zalecone przez lekarza), ponieważ **silne parcie może osłabić efekt zabiegu**.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

6. Leki

- Należy przyjmować przepisane przez lekarza leki przeciwbólowe, przeciwzapalne lub antybiotyki zgodnie z zaleceniami.
- Nie należy przyjmować żadnych leków na własną rękę bez konsultacji z lekarzem.

7. Kontrola lekarska

- Pierwsza wizyta kontrolna odbywa się zwykle **po 4–6 tygodniach** od zabiegu (chyba że lekarz zaleci inaczej).
- W razie niepokojących objawów (ból, gorączka, krwawienie, trudności z oddawaniem moczu, wyciek z pochwy, nieprzyjemny zapach, uczucie ciała obcego w pochwie) należy **natychmiast zgłosić się do lekarza** lub na ostry dyżur.

8. Czego unikać przez pierwsze tygodnie

- dźwigania ciężarów,
- intensywnego wysiłku fizycznego,
- zaparc i silnego parcia przy oddawaniu stolca,
- kąpieli w wannie, basenie, saunie,
- stosowania tamponów i współżycia przed kontrolą lekarską.

9. Efekt leczenia

- Pełen efekt zabiegu ocenia się **po około 3–6 miesiącach**.
- W tym czasie tkanka wokół taśmy się goi i stabilizuje jej pozycję.
- Większość pacjentek obserwuje znaczną poprawę lub całkowite ustąpienie objawów wysiłkowego nietrzymania moczu.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

- leczenie zachowawcze (ćwiczenia mięśni dna miednicy, fizjoterapia, elektrostymulacja, pessary),
- leczenie farmakologiczne,
- inne metody operacyjne (np. kolposuspensja laparoskopowa, wstrzyknięcia okołocewkowe).

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- 1) śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub cewki moczowej krwotoku śródoperacyjnym,
- 2) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 3) powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- 4) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 5) zakażeniu rany pooperacyjnej,
- 6) zapaleniu pęcherza moczowego,
- 7) zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego.



VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali **Surgical Risk Scale (SRS)**:

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- 1) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 2) powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- 3) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 4) zakażeniu rany pooperacyjnej,
- 5) zapaleniu pęcherza moczowego,
- 6) zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

[] małe

[] średnie

[] duże

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia operacyjnego oznacza pozostanie przy dotychczasowym sposobie życia i leczenia zachowawczego (ćwiczenia, farmakoterapia, fizjoterapia).

Decyzja ta może mieć wpływ na codzienne funkcjonowanie i jakość życia pacjentki.

1. Utrzymywanie się lub nasilanie objawów

Bez leczenia operacyjnego istnieje duże prawdopodobieństwo, że:

- **nietrzymanie moczu będzie się utrzymywać** lub z czasem **nasili się**,
- epizody mimowolnego wyciekania moczu będą występować częściej (np. przy kaszlu, kichaniu, śmiechu, wysiłku),
- może dojść do **pogorszenia kontroli nad pęcherzem**, co utrudni codzienne czynności i aktywność zawodową.

2. Pogorszenie jakości życia

Nietrzymanie moczu może prowadzić do **ograniczenia aktywności fizycznej, zawodowej i towarzyskiej**, może powodować **poczucie wstydu, obniżenie samooceny, izolację społeczną**,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

często prowadzi do **objawów depresyjnych i obniżenia nastroju**,
utrudnia współżycie seksualne z powodu obawy przed popuszczaniem moczu lub przykrego zapachu.

3. Ryzyko powikłań wynikających z przewlekłego nietrzymania moczu

Przewlekłe nietrzymanie moczu może prowadzić do:

- **stanów zapalnych skóry krocza** (podrażnienia, odparzenia, infekcje grzybicze),
- **nawracających zakażeń układu moczowego**,
- **zwiększonego ryzyka zapalenia pęcherza moczowego i nerek**,
- **zmian zapalnych pochwy i sromu** spowodowanych ciągłą wilgocią i drażnieniem skóry.

4. Ograniczona skuteczność leczenia zachowawczego

Ćwiczenia mięśni dna miednicy i fizjoterapia mogą być pomocne we wczesnych stadiach choroby, jednak **przy utrwalonym, średnim lub ciężkim wysiłkowym nietrzymaniu moczu ich skuteczność jest ograniczona**.

Leki stosowane w terapii zachowawczej zwykle działają tylko na nietrzymanie nagłące, **nie są skuteczne w typowym wysiłkowym nietrzymaniu moczu**.

5. Ryzyko pogłębienia problemów w przyszłości

Z czasem może dojść do **osłabienia struktur dna miednicy**, co zwiększa ryzyko **obniżenia narządów miednicy mniejszej (np. pęcherza lub macicy)**.

W późniejszym wieku skuteczność leczenia operacyjnego może być **niższa** z powodu zmian zanikowych tkanek i chorób współistniejących.

6. Podsumowanie

Rezygnacja z proponowanego zabiegu **nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia**, jednak może prowadzić do **długotrwałego pogorszenia komfortu życia, zdrowia intymnego i psychicznego** oraz do **nasilania objawów choroby**.

Zabieg z użyciem taśmy TVT/IVS/TOT jest obecnie **jedną z najskuteczniejszych metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu**, a jego celem jest **trwała poprawa kontroli mikiacji i jakości życia pacjentki**.



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

LECZENIA OPERACYJNEGO NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UŻYCIU TAŚM TYPU „TVT”, „IVS” LUB „TOT”

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **leczenia operacyjnego nietrzymania moczu przy użyciu taśm typu „TVT”, „IVS” lub „TOT”**.

Założenie podcewkowej taśmy metodą transobturatorijną (TOT)*

Założenie podcewkowej taśmy metodą załonową (TVT)*

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej **leczenia operacyjnego nietrzymania moczu przy użyciu taśm typu „TVT”, „IVS” lub „TOT”**.

Założenie podcewkowej taśmy metodą transobturatorijną (TOT)*

Założenie podcewkowej taśmy metodą załonową (TVT)*

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej **leczenia operacyjnego nietrzymania moczu przy użyciu taśm typu „TVT”, „IVS” lub „TOT”**.

Założenie podcewkowej taśmy metodą transobturatorijną (TOT)*

Założenie podcewkowej taśmy metodą załonową (TVT)*

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zaproponowanej **operacji nietrzymania moczu przy użyciu taśm typu „TVT”, „IVS” lub „TOT”**. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego leczenia operacyjnego nietrzymania moczu przy użyciu taśm typu „TVT”, „IVS” lub „TOT”** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zaproponowanego leczenia operacyjnego nietrzymania moczu przy użyciu taśm typu „TVT”, „IVS” lub „TOT”**.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza