



Imię i nazwisko pacjentki: _____

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

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTKI NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU ZAŁOŻENIA SZWU SZYJKOWEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjentki

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz badania położniczego stwierdzono u Pani niewydolność cieśniowo-szyjkową/duże ryzyko wystąpienia takiej sytuacji.

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa to stwierdzenie przedwczesnego skracania i bezbólowego rozwierania szyjki macicy bez czynności skurczowej macicy.

Niewydolność szyjki występuje u około 0,5% populacji kobiet. Według danych duńskich diagnozuje się ją u 4,6 na 1000 ciężarnych, natomiast w przypadku kobiet z nawracającymi poronieniami w drugim trymestrze ciąży odpowiada ona za 8% strat ciąż.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenia i oczekiwane korzyści

Celem założenia szwu na szyjkę macicy jest przedłużenie czasu trwania ciąży poprzez zapobieganie dalszemu skracaniu/rozwieraniu szyjki macicy. Szew usuwa się zazwyczaj planowo około 37 tygodnia ciąży, jak również przy wystąpieniu czynności skurczowej macicy lub po odpłynięciu płynu owodniowego.

Szew zakładany jest przezpochwowo w warunkach bloku operacyjnego **w znieczuleniu ogólnym**.

Szew szyjkowy profilaktyczny zakłada się u pacjentek z podejrzeniem niewydolności cieśniowo-szyjkowej i obciążonym wywiadem położniczym (poronienia, porody przedwczesne). Zabieg przeprowadza się planowo w drugim trymestrze ciąży.

Szew szyjkowy ratunkowy zakłada się u pacjentek z wpuklającym się do rozwartego kanału szyjki pęcherzem płodowym przed 25 tygodniem ciąży.

Oczekiwaną korzyścią proponowanej procedury jest uniknięcie porodu przedwczesnego.

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



III. Zalecenia pozabiegowe

Oszczędzający tryb życia, antybiotykoterapia oraz obserwacja w Oddziale Patologii Ciąży do 7 dni.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla powyższego postępowania jest terapia progesteronem dopochwowo oraz pessaroterapia. Wykazano przy tym skuteczność tylko dla pierwszej z metod (terapia dopochwowa progesteronem).

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

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu oraz całkowitego braku ryzyka podczas procedury zakładania szwu szyjkowego. Powikłania mogą między innymi polegać na:

- przedwczesnej czynności skurczowej macicy mogącej prowadzić do porodu przedwczesnego/poronienia;
- przedwczesnym odpłynięciu płynu owodniowego;
- spełnieniu szwu;
- krwawieniu z dróg rodnych;
- infekcji wewnątrzmacicznej/w miejscu operowanym;
- uszkodzeniu pęcherza moczowego albo jelita;
- powstaniu blizny na szyjce macicy;
- powikłaniach znieczulenia.

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

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

Ryzyko zabiegu - indywidualna ocena w zależności od dodatkowych czynników ryzyka oraz trybu wykonywania zabiegu:

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

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

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

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



IX. Oświadczenia Pacjentki dot. proponowanego

ZABIEGU ZAŁOŻENIA SZWU SZYJKOWEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **zabiegu założenia szwu szyjkowego**.

Oświadczam, że miałam wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałam się z nią i ją zrozumiałam, zrozumiałam także wyjaśnienia lekarza, zostałam wyczerpująco poinformowana o celu i przebiegu zabiegu oraz ryzyku powikłań jego wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałam możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdej pacjentki.

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

Jeżeli ma Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu 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 Pacjentki

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki

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

data

czytelny podpis Pacjentki

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu założenia szwu szyjkowego.

Zostałam poinformowana, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjentki

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu założenia szwu szyjkowego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjentkę/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu założenia szwu szyjkowego. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjentki

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjentki



X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce 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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej pytania. Poinformowałem/am pacjentkę o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

Z uwagi na stan pacjentki powyższe informacje nie zostały jej przekazane*.

data

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

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

Pacjentka złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu założenia szwu szyjkowego** 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 zabiegu założenia szwu szyjkowego.**

(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