



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 WYCIĘCIA MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

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

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują łagodny 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 drogą laparotomii (poprzez otwarcie jamy brzusznej).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowane Pani leczenie operacyjne polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i dokonaniu całkowitego wycięcia macicy lub amputacji trzonu macicy (bez szyjki) z pozostawieniem przydatków, albo wycięcia macicy wraz z przydatkami (jajniki i jajowody). W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym.

Zabieg usunięcia macicy (histerektomia) drogą brzuszną polega na **chirurgicznym wycięciu macicy poprzez otwarcie jamy brzusznej.**

Celem operacji jest usunięcie macicy z powodu chorób zagrażających zdrowiu lub życiu pacjentki, takich jak:

- mięśniaki macicy powodujące krwawienia, bóle lub ucisk,
- rozrost błony śluzowej macicy (endometrium),
- podejrzenie lub potwierdzenie nowotworu macicy lub szyjki macicy,
- inne schorzenia ginekologiczne niewrażliwe na leczenie zachowawcze,
- złagodzenie objawów i poprawa jakości życia,
- zapobieganie rozwojowi choroby nowotworowej lub powikłań.

Oczekiwane korzyści zabiegu

- całkowite lub znaczne **ustąpienie dolegliwości** (krwawienia, bóle, ucisk),
- **usunięcie ogniska choroby** i zapobieżenie jej dalszemu rozwojowi,
- **poprawa komfortu życia i zdrowia,**
- w przypadku zmian nowotworowych – **zwiększenie szans na wyleczenie lub wydłużenie życia,**



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

III. Zalecenia pozabiegowe

Zalecenia pooperacyjne

- Przez pierwsze dni po zabiegu należy unikać wysiłku fizycznego i dźwigania.
- Rana pooperacyjna powinna być utrzymywana **czysta i sucha**.
- Szwy usuwa się zwykle **po 7–10 dniach**.
- Należy przyjmować przepisane leki (przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, antybiotyki).
- Zakaz kąpieli w wannie, korzystania z basenu i współżycia przez **6–8 tygodni**.
- W razie gorączki, silnego bólu, krwawienia lub sączenia z rany – należy natychmiast skontaktować się z lekarzem.
- Kontrola pooperacyjna po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego na wizycie lekarskiej celem ustalenia dalszego postępowania.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W zależności od choroby i jej zaawansowania możliwe są inne metody:

- **leczenie farmakologiczne** (np. hormonalne lub przeciwzapalne),
- **leczenie endoskopowe** – np. histeroskopia, ablacja endometrium,
- **usunięcie macicy inną drogą** (pochwową lub laparoskopową),
- **obserwacja i kontrole**, jeśli choroba nie postępuje.

Każda z metod ma ograniczenia i skuteczność mniejszą niż leczenie operacyjne drogą brzuszną w przypadkach zaawansowanych lub nowotworowych.

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

Po wycięciu macicy kobieta przestaje miesiączkować. Następstwem wycięcia jajników u kobiet przed menopauzą jest niepłodność i pojawienie się objawów klimakterycznych wymagających systematycznego podawania estrogenów (hormonów kobiecych).

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 przetoki jelitowej,
- niedrożności pooperacyjnej jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu otrzewnej,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- nietrzymaniu moczu,
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

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

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

Jak każda operacja, histerektomia wiąże się z ryzykiem powikłań.

Pacjentka została poinformowana, że mogą wystąpić:

Powikłania śródoperacyjne:

- krwawienie wymagające transfuzji krwi,
- uszkodzenie sąsiednich narządów (pęcherza moczowego, moczowodów, jelit, naczyń krwionośnych),
- reakcje na środki znieczulające,
- konieczność rozszerzenia zakresu operacji (np. usunięcie przydatków, węzłów chłonnych).

Powikłania pooperacyjne:

- zakażenie rany lub jamy brzusznej,
- krwiak, ropień, przetoka moczowa lub jelitowa (rzadko),
- trudności w oddawaniu moczu lub stolca,
- powikłania zakrzepowo-zatorowe (np. zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna),
- zaburzenia hormonalne po usunięciu jajników (objawy menopauzalne),
- zaburzenia emocjonalne lub obniżenie nastroju po zabiegu,
- przepuklina w bliźnie pooperacyjnej.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

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

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

- dalszy rozwój choroby,
- utrzymanie lub nasilenie objawów (krwawień, bólu, niedokrwistości),
- utrata możliwości radykalnego wyleczenia,
- w przypadku choroby nowotworowej – **zagrożenie życia**.



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego leczenia operacyjnego WYCIĘCIA MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego leczenia operacyjnego wycięcia macicy drogą brzuszną**.

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 następstwach 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 **proponowanego leczenia operacyjnego wycięcia macicy drogą brzuszną**.
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 **proponowanego leczenia operacyjnego wycięcia macicy drogą brzuszną**.

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 **proponowanego leczenia operacyjnego wycięcia macicy drogą brzuszną**. 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 proponowanego leczenia operacyjnego wycięcia macicy drogą brzuszną** 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 sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie proponowanego leczenia operacyjnego wycięcia macicy drogą brzuszną.**

(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