



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 ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO HISTEROSKOPIA

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

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.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

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.

Zabieg ten przeprowadza się **w znieczuleniu ogólnym/miejscowym lub bez znieczulenia**. Podczas zabiegu endoskopowego może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny histeroskopii.

Celem zabiegu jest:

- **rozpoznanie zmian** w jamie macicy (polipy, mięśniaki podśluzówkowe, zrosty, przerost endometrium),
- **usunięcie nieprawidłowych tkanek** lub pobranie ich do badania histopatologicznego,
- przywrócenie prawidłowego kształtu i drożności jamy macicy,
- diagnostyka i leczenie niepłodności lub nieprawidłowych krwawień.



Oczekiwane korzyści obejmują:

- dokładne rozpoznanie zmian w jamie macicy,
- możliwość jednoczesnego leczenia (usunięcie zmian, pobranie wycinków),
- niewielka inwazyjność, szybki powrót do zdrowia,
- krótszy pobyt w szpitalu i mniejsze ryzyko powikłań niż przy operacjach otwartych,
- poprawa płodności lub ustąpienie nieprawidłowych krwawień.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej oraz stosowania: (**niepotrzebne skreślić*)

Przez kilka dni po zabiegu może występować niewielkie plamienie lub ból podbrzusza.

Unikać wysiłku fizycznego, kąpieli w wannie, basenu i współżycia przez **7–10 dni** lub do kontroli lekarskiej.

Jeśli wystąpią: gorączka, silny ból brzucha, obfite krwawienie lub nieprzyjemny zapach wydzieliny – należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

Kontrola po zabiegu: odbiór wyniku badania histopatologicznego po około **28 dniach** lub zgodnie z zaleceniem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: (**niepotrzebne skreślić*)

obserwacja i regularne kontrole USG,*

leczenie farmakologiczne (przeciwzapalne, hormonalne)*

wyłyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy*

biopsja aspiracyjna endometrium*

operacja waginalna lub laparoskopowa z powodu defektu blizny po cięciu cesarskim*



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

śródooperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,

- 1) śródooperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetok jelitowych,
- 2) śródooperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
- 3) krwotoku śródooperacyjnym,
- 4) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 5) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 6) zapaleniu otrzewnej,
- 7) zapaleniu narządów miednicy mniejszej
- 8) zapaleniu pęcherza moczowego,
- 9) zespole przewodnienia.

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

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania odległe związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

1. uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
2. wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
3. powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
4. zapaleniu otrzewnej,
5. zapaleniu narządów miednicy mniejszej
6. zapaleniu pęcherza moczowego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ małe ☐ średnie ☐ duże

Ryzyko odległych powikłań:

☐ małe ☐ średnie ☐ duże

*niepotrzebne skreślić



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: (**niepotrzebne skreślić*)

Rezygnacja z zabiegu może skutkować:

- utrzymywaniem się krwawień, bólu lub niepłodności,
- powiększaniem się zmian (np. polipów, mięśniaków),
- opóźnieniem diagnozy nowotworu endometrium,
- pogorszeniem rokowania i jakości życia.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. Proponowanego

ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO HISTEROSKOPIA

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – histeroskopia**

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie **proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – histeroskopia.**

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 endoskopowego leczenia operacyjnego - histeroskopia.**

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 endoskopowego leczenia operacyjnego – histeroskopia.** Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 endoskopowego leczenia operacyjnego – histeroskopia** 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 endoskopowego leczenia operacyjnego – histeroskopia**

(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