



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 PACJENTA NA CIĘCIE CESARSKIE Z EW. ROZSZERZENIEM ZABIEGU O USUNIĘCIE MACICY Z JAJOWODAMI - HISTEREKTOMIĘ OKOŁOPORODOWĄ ORAZ CZASOWE ZAMKNIĘCIE TĘTNIC BIODROWYCH WEWNĘTRZNYCH

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie wykonanych badań obrazowych (badanie ultrasonograficzne, badanie rezonansu magnetycznego) i całości obrazu klinicznego istnieje podejrzenie wystąpienia u Pani nieprawidłowości implantacji łożyska. Mianem nieprawidłowej implantacji określa się wadliwe zrosnięcie łożyska z macicą. Rozpoznanie tego stanu bywa trudne i żadna metoda nie zapewnia 100-procentowej dokładności rozpoznania przed porodem. W przypadku podejrzenia nieprawidłowej implantacji łożyska metodą zakończenia ciąży jest elektywne cięcie cesarskie, którego następstwem może być niezwłoczna histerektomia okołoporodowa.

W określonych przypadkach rekomendowana jest również embolizacja czasowa tętnic biodrowych przed zaplanowanym cięciem, która znacząco zmniejsza krwawienie okołoperacyjne.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja ta wykonywana jest w **znieczuleniu - najczęściej przewodowym (podpajęczynówkowe lub zewnątrzoponowe)**, czyli podając lek poprzez nakłucie w dolnej części pleców albo ogólnym, jeśli wymaga tego nagłość sytuacji położniczej, czyli podając leki dożylnie i łącząc to z intubacją (wprowadzenie rurki do tchawicy lub krtani). Podczas znieczulenia przewodowego będzie Pani przytomna, ale nie będzie odczuwać bólu związanego z operacją. Podczas znieczulenia ogólnego będzie Pani pozbawiona świadomości w czasie operacji i obudzi się po jej zakończeniu. Rodzaj znieczulenia ustalony zostanie z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywniej terapii.

Po znieczuleniu, przed rozpoczęciem operacji, do pęcherza moczowego (przez cewkę moczową) zostanie wprowadzona gumowa rurka (tzw. cewnik pęcherzowy, najczęściej cewnik Foleya), która pozostanie również na czas pooperacyjny. O czasie usunięcia cewnika zostanie Pani poinformowana po operacji.

W celu zmniejszenia chorobowości związanej z nieprawidłowym zrosnięciem łożyska z macicą może zostać wykonany zabieg czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych. Procedura ta przeprowadzona jest z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego. Cewniki z balonami zostają wprowadzone wstecznie przez tętnice udowe tuż przed operacją i napełnione po urodzeniu dziecka oraz podczas preparowania chirurgicznego.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Cięcie cesarskie to rodzaj porodu operacyjnego, polegający na wydobyciu płodu (porodzie dziecka) przez powłoki jamy brzusznej. Po odkażeniu powłok jamy brzusznej (skóra podbrzusza, śród- i nadbrzusza wraz z bocznymi częściami tułowia), a następnie zabezpieczeniu pola operacyjnego specjalnym obłożeniem chirurgicznym (najczęściej są to jednorazowe serwety chirurgiczne) wykonuje się laparotomię. Umiejscowienie i wielkość nacięcia skóry jest zależne od możliwości technicznych uwarunkowanych budową anatomiczną pacjentki i umiejętnościami operatora oraz obecnością ewentualnych blizn po przebytych w przeszłości laparotomiach. Najczęściej wykonuje się nadłonowo poprzeczne nacięcie skóry brzucha. Jeśli w podbrzuszu jest już blizna po wcześniejszym cięciu cesarskim lub laparotomii nadłonowej poprzecznej z innych wskazań, to blizna ta jest wycinana a jamę brzuszną otwiera się w tym miejscu. Jeśli w podbrzuszu jest blizna w linii pośrodkowej (tzw. pionowa blizna sięgająca od spojenia łonowego do pępka, to ze względu na gojenie preferuje się wykonanie nacięcia nadłonowego poprzecznego (nowa blizna będzie miała kształt odwróconej litery T) lub na prośbę pacjentki wycinana się bliznę w linii pośrodkowej dolnej i jamę brzuszną otwiera się w tym miejscu. Po rozcięciu skóry brzucha, tkanki podskórnej (tłuszczowej) i powięzi (twarda błoniasta powłoka pokrywająca mięśnie), rozsuwa się lub przecina mięśnie brzucha i przebija otrzewną (delikatna błona wyściełająca jamę brzuszną). Otwarcie powłok jamy brzusznej odbywa się zwykle z użyciem noża chirurgicznego (tzw. skalpel) oraz rzadziej z użyciem noża elektrycznego i preparatyki tkanek palcami (tzw. preparatyka na tępo określana potocznie jako rozrywanie tkanek). Preparatyka na tępo odczuwana jest przez pacjentkę jako pociąganie/ rozciąganie i „szarpanie” brzucha oraz nacisk w jego górnej części ale nie sprawia to bólu.

Postępowanie takie jest jednak najbezpieczniejszą metodą otwierania brzucha, a lekarz anestezjolog lub ginekolog - położnik uprzedzą Panią w odpowiednim o możliwości pojawienia się opisywanych odczuć. Po dokonaniu inspekcji jamy brzusznej przed macicą oraz dolnego odcinka macicy, nacina się otrzewną trzewną (delikatna błona pokrywająca m. in. pęcherz moczowy i macicę), tak aby móc oddzielić pęcherz moczowy od dolnego odcinka trzonu macicy. Następnie wykonuje się poprzeczne (najczęściej) lub podłużne (rzadko) nacięcie dolnego odcinka przedniej ściany macicy. W wybranych przypadkach, kiedy istnieją do tego wskazania medyczne, nacięcie w dolnej części macicy musi być poszerzone. Kształt tych nacięć może wtedy przypominać odwróconą literę T albo literę U, L lub J. W bardzo rzadkich przypadkach nacięcie macicy wykonywane jest w innych częściach trzonu macicy niż jego dolna część. Po otwarciu jamy macicy przebija się błony płodowe, a następnie wydobywa płód (poród odbywa się przez ranę brzucha). Czas od rozpoczęcia operacji do wydobycia płodu to zwykle 5 do 20 minut. Tuż po porodzie odczeka się około minuty i dopiero po upływie tego czasu odpępnia się dziecko, czyli przecina pępowinę, po wcześniejszym zabezpieczeniu końca noworodkowego i matczynego specjalnymi zaciskami. Opóźnienie czasu odpępnienia (zamiast natychmiastowego przecięcia pępowiny) jest korzystne dla noworodka, a dziecko w tym czasie podlega stymulacji dotykowej przez operujących lekarzy. Dziecko w tym czasie może nie płakać, co jest normalną sytuacją i nie jest to niepokojący objaw, tym bardziej, że dalej noworodek połączony jest pępowiną z krążeniem matczynym. Noworodek przekazywany jest pod opiekę zespołu Oddziału Neonatologii, który jeśli to tylko możliwe, niezwłocznie zapewni bliski kontakt (skóra do skóry) z matką na sali operacyjnej cięć cesarskich lub z ojcem/ bliską osobą (tzw. kangurowanie). Zwłoka w umożliwieniu tego kontaktu lub przerwanie go będzie zawsze uzasadnione względami medycznymi o czym informuje się pacjentkę, ojca noworodka lub bliską osobę towarzyszącą podczas porodu. Po porodzie dziecka podaje się leki naskurczowe i dochodzi do porodu popłodu (łożysko i błony płodowe). W przypadkach gdy popłód rodzi się niekompletny lub jego stan budzi podejrzenie, że w jamie macicy pozostały resztki lekarz dokona tzw. łyżeczkowania jamy macicy (usunięcie tkanek z użyciem narzędzia chirurgicznego).



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W dalszej części operacji zszywa się macicę w miejscu jej nacięcia. Dokonuje się tego pozostawiając macicę w jamie brzusznej (in situ) lub po wytoczeniu trzonu macicy przez nacięcie powłok jamy brzusznej (poprawia to wizualizację rany macicy i zmniejsza krwawienie śródoperacyjne). Nacięcie macicy zostanie zszyte jednowarstwowo (przy cienkiej grubości macicy) lub dwuwarstwowo (przy grubej ścianie macicy w miejscu nacięcia lub w celu zahamowania krwawienia). Szycie dwuwarstwowe tylko przy grubym dolnym odcinku zmniejsza ryzyko późniejszego ubytku w bliźnie po cięciu cesarskim oraz cienkiej blizny (zwiększającej ryzyko rozejścia/ pęknięcia macicy podczas kolejnego porodu). Otrzewna między pęcherzem moczowym a macicą ani otrzewna ścienna (będąca składową powłok jamy brzusznej) nie są zszywane, co zmniejsza ryzyko tworzenia się zrostów wewnątrzotrzewnowych. Po dokonaniu inspekcji jamy brzusznej, usuwa krew i skrzepy krwi oraz zabezpiecza chirurgicznie ewentualne miejsca krwawienia. Jeżeli w trakcie cięcia cesarskiego zostanie potwierdzone podejrzenie nieprawidłowej implantacji łożyska lub wystąpią inne wskazania do poszerzenia zabiegu (m. in. nieprawidłowe obkurczenie mięśnia macicy) lekarz może podjąć decyzję o histerektomii. Histerektomia okołoporodowa (okołoporodowe wycięcie macicy) jest uznawana za najtrudniejszą operację w ginekologii i położnictwie, obarczoną dużym ryzykiem powikłań. Operacja ta wykonywana jest ze wskazań nagłych w celu ratowania życia, gdy wszelkie inne możliwości terapeutyczne okazują się nieskuteczne. Histerektomia połogowa polega na usunięciu macicy tj. wycięciu samego trzonu macicy lub trzonu i szyjki macicy, po uprzednim wydobyciu płodu. Salpingektomia polega na usunięciu jajowodów obustronnie, jej celem jest profilaktyczne usunięcie jajowodów u pacjentek, które po usunięciu macicy nie mają możliwości zajścia w ciążę. Takie postępowanie zmniejsza istotnie ryzyko zachorowania na raka jajnika.

Po śródoperacyjnym zakwalifikowaniu Pacjentki do histerektomii okołoporodowej operator z użyciem konwencjonalnych narzędzi chirurgicznych oraz elektronarzędzi, oddziela macicę od otaczających tkanek, zabezpiecza naczynia doprowadzające i odprowadzające krew z macicy a następnie odcina ją od pochwy. Po zamknięciu światła pochwy, podwiesza się ją do pozostałych po odcięciu macicy struktur więzadłowych (elementy aparatu zawieszającego macicę), które połączą się z kikutem pochwy i tym samym zniwelują ryzyko zaburzeń statyki narządów miednicy (tzw. wypadanie kikuta pochwy) po histerektomii. Ewentualne miejsca krwawienia odpowiednio się zabezpiecza chirurgicznie. Wycięcie jajowodów wykonuje się z użyciem konwencjonalnych narzędzi chirurgicznych oraz elektronarzędzi, poprzez zabezpieczenie struktur zawieszających jajowód (tzw. krezka jajowodu) wraz z naczyniami doprowadzającymi i odprowadzającymi z nich krew.

W przypadku histerektomii połogowej z powodu łożyska przerośniętego istnieje ryzyko - ok. 33%, że będzie istniała konieczność częściowej resekcji pęcherza moczowego. Będzie wiązało się to z dłuższym okresem rekonwalescencji - konieczność założonego cewnika Foleya do pęcherza moczowego na min. 14 dni.

Na koniec, zszywa się, w odwrotnej kolejności niż przy otwieraniu, wybrane struktury powłok jamy brzusznej. Nie zbliża się (nie zszywa ze sobą) mięśni prostych brzucha. Powieź poprzeczną zszywa się szwem ciągłym. Jeśli tkanka podskórna ma ponad 2 cm grubości to zbliża się brzegi rany szwami pojedynczymi lub ciągłym. Skórę zszywa się nitką chirurgiczną zakładając szew ciągły lub czasami szwy pojedyncze lub zszywkami metalowymi (rzadko). O konieczności zdjęcia szwów (oraz czasie ich usunięcia) zostanie Pani poinformowana po operacji.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Jeśli lekarz uzna, że należy w jamie brzusznej - w miejscu po operowanym narządzie- kontrolować czy nie dochodzi do krwawienia, przez powłoki jamy brzusznej zostanie wyprowadzona plastikowa rurka/ rurki (tzw. dren).

Popłód, jeśli lekarz uzna, że istnieją do tego wskazania medyczne, przekazuje się do badania mikroskopowego przez lekarza specjalistę patomorfologii (badanie histopatologiczne). Podobnie dzieje się z każdą tkankę (w tym i narządy) usuniętą w trakcie operacji, jeśli zaistniała konieczność medyczna ich pobrania.

W trakcie cięcia cesarskiego można pobrać krew pępowinową celem jej bankowania. Jeśli ma Pani takie życzenie, wcześniej podpisano umowę z tzw. bankiem komórek macierzystych i posiada Pani przy sobie zestaw pobraniowy, to krew taka zostanie pobrana po odpięciu dziecka. Podobnie zabezpieczona może być tzw. krew łożyskowa i fragment sznura pępowinowego.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Następstwem cięcia cesarskiego jest odczuwany, zwykle przez kilka dni po operacji, ból wymagający stosowania leków przeciwbólowych. Proponowane w Oddziale leki przeciwbólowe są bezpieczne podczas karmienia piersią, a ich stosowanie nie zaburza laktacji i nie wpływa negatywnie na stan noworodka. Regularne stosowanie leków wpływa korzystnie na powrót do sprawności po operacji. Oprócz bólu występującego, jak po każdej interwencji chirurgicznej, po porodzie operacyjnym (cięcie cesarskie), podobnie jak po porodzie pochwowym, przez pochwę wydobywać się będą z jamy macicy tzw. odchody połogowe. W miejscu nacięcia skóry powstanie blizna, której ostateczny kształt zależy w dużej mierze do cech osobniczych pacjentki (zdolności organizmu do gojenia).

Po operacji przez około 6 godzin po znieczuleniu przewodowym konieczne jest pozostanie w łóżku. W tym czasie położne pomogą Pani przystawić dziecko do piersi. We wczesnym okresie pooperacyjnym otrzymywać będzie Pani leki dożylnie we wlewie kroplowym (tzw. kroplówka). Po około 6 godzinach i po uruchomieniu, cewnik z pęcherza moczowego zostanie usunięty. W uzasadnionych przypadkach konieczne może być stosowanie leków przeciwrzeczliwych. Ostateczna decyzja zależy od czynników ryzyka, które są oceniane indywidualnie dla każdej pacjentki. Częsty następstwem cięcia cesarskiego jest przetrwały ból rany pooperacyjnej i brzucha przez kilka miesięcy po zabiegu (statystyczne ryzyko określone jest jako 9/100). Ponowne hospitalizacje po porodzie operacyjnym zdarzają statystycznie częściej niż po porodzie pochwowym, a ryzyko to określone jest jako 5/100. Podobnie krwotok poporodowy występuje statystycznie częściej po porodzie operacyjnym niż po porodzie pochwowym, a ryzyko to określone jest jako 5/1000. Jako często występujące ryzyko dla płodu związane z następstwami cięcia cesarskiego określa się nacięcie skóry płodu występujące w 1- 2/100 porodów.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Przebycie cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale stanowi czynnik ryzyka pęknięcia macicy w czasie kolejnego porodu. Tym samym może predysponować do kolejnego cięcia cesarskiego.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W razie stwierdzenia nieprawidłowej implantacji łożyska stosowane są 4 techniki:

- usunięcie macicy po wydobyciu dziecka, bez próby oddzielania łożyska,
- urodzenie dziecka z ominięciem łożyska, ze zszyciem nacięcia macicy i pozostawieniem łożyska w środku,
- urodzenie dziecka bez naruszania łożyska, a następnie częściowe wycięcie ściany macicy (miejsce implantacji łożyska) i jej naprawa,
- urodzenie dziecka bez naruszania łożyska i pozostawienie go w środku, a następnie planowa wtórna histerektomia po 3–7 dniach od operacji pierwotnej.

Jednoczasowe cięcie cesarskie z następową histerektomią zmniejsza ryzyko powikłań matczynych.

Postępowanie zachowawcze wiąże się z istotnymi powikłaniami i stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia matki.

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

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanej operacji ani zniwelować ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją (cięciem cesarskim z ew. następową histerektomią) mogą między innymi polegać na:

- konieczności wykonania śródporodowego usunięcia macicy (statystyczne ryzyko określone jest jako 8/1000), najczęściej związanego z krwawieniem/ krwotokiem poporodowym, najczęściej wtórnym do zaburzeń obkurczania macicy czyli atonii, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowej implantacji łożyska ryzyko to wzrasta do 89,7%,
- uszkodzeniu pęcherza moczowego (statystyczne ryzyko określone jest jako 1/1000) lub moczowodów (statystyczne ryzyko określone jest jako 3/10.000) i konieczności ich zaopatrzenia chirurgicznego jednocześnie tj. w trakcie operacji, po zdiagnozowaniu uszkodzenia lub z opóźnieniem (wykonanie laparoskopii lub otwarcia jamy brzusznej) tj. po zdiagnozowaniu ich po cięciu cesarskim, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowej implantacji łożyska i histerektomii okołoporodowej ryzyko uszkodzenia dróg moczowych to wzrasta do 29%, a uszkodzenie pęcherza moczowego do 76%,
- powstaniu przetoki w układzie moczowym np. przetoki pęcherzowo- pochwowej lub moczowodowo- pochwowej, jako następstw leczenia operacyjnego i procesu gojenia, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowej implantacji łożyska i histerektomii okołoporodowej ryzyko to wzrasta do 5%,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit (statystyczne ryzyko określone jest jako 1/1000) i konieczności ich zaopatrzenia chirurgicznego jednocześnie tj. w trakcie operacji, po zdiagnozowaniu uszkodzenia lub z opóźnieniem (wykonanie laparoskopii lub otwarcia jamy brzusznej) tj. po zdiagnozowaniu ich po operacji,
- powstaniu przetoki w układzie pokarmowym (ryzyko bardzo małe) np. przetoki jelitowo- pochwowej, jelitowo- skórnej, odbytniczo- pochwowej, jako następstw leczenia operacyjnego i procesu gojenia,
- pojawieniu się lub nasileniu istniejących zaburzeń czynnościowych (ryzyko małe) w układzie pokarmowym (problemów z oddawaniem stolca, w tym niedrożności jelit) i zaburzeń czynnościowych w układzie moczowym (problemów z oddawaniem moczu, w tym zastój moczu lub nietrzymanie moczu oraz tzw. parcia nagłące),
- uszkodzeniu naczyń krwionośnych i konieczności ich zaopatrzenia chirurgicznego jednocześnie tj. w trakcie operacji, po zdiagnozowaniu uszkodzenia (ryzyko małe) lub z opóźnieniem (wykonanie laparoskopii lub otwarcia jamy brzusznej) tj. po zdiagnozowaniu ich po operacji (ryzyko bardzo małe),
- krwawieniu i krwotoku w trakcie operacji, wymagających przetoczenia preparatów krwi i/ lub dodatkowych interwencji chirurgicznych celem opanowania krwotoku (ryzyko małe), w przypadku stwierdzenia nieprawidłowej implantacji łożyska i histerektomii okołoporodowej ryzyko to wzrasta do 90% przypadków,
- powikłaniach zakrzepowo- zatorowych tj. pojawieniu się Żylnej Choroby Zakrzepowo- Zatorowej (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy) i wymagających dodatkowej interwencji innych specjalistów (angiologów, neurologów, radiologów, chirurgów) z leczeniem farmakologicznym lub operacyjnym łącznie (statystyczne ryzyko określone jest jako 4- 16/10.000),
- zapaleniu otrzewnej, wymagających leczenia farmakologicznego i/ lub chirurgicznego (ryzyko małe),
- zakażeniu miejscowym skóry w miejscu jej nacięcia oraz miejsca po operowanym narzędzie, w tym zapaleniu narządów miednicy mniejszej (tzw. PID), wymagających leczenia farmakologicznego i/ lub chirurgicznego (ryzyko małe) zapaleniu narządów układu moczowego np. pęcherza i konieczności leczenia urologicznego (w tym farmakoterapia i leczenie operacyjne) (ryzyko małe),
- bólach brzucha i niedrożności, wymagających leczenia farmakologicznego i/ lub operacji (w tym w trybie nagłym jako leczenie ratujące życie), będących następstwem pooperacyjnych zrostów wewnątrzotrzewnowych powstałych w procesie gojenia (ryzyko małe),
- uszkodzeniu skóry powłok jamy brzusznej lub pochwy w przebiegu operacji, które nie zdarzają często i zwykle nie wymagają dodatkowego leczenia ani nie pozostawiają blizn,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- zmianie dotyczącej współżycia, ze zmianą jakości życia seksualnego, w tym pogorszeniem jakości życia seksualnego (sexQoL), które zwykle wynikają z samej ciąży ale w publikacjach naukowych pojawiają się dane, że mogą być związane z samą operacją jaką jest cięcie cesarskie i m. in. uszkodzeniem nerwów (w trakcie nacięcia skóry podbrzusza).

Generalne ryzyko ponownej operacji (reoperacji) w krótkim czasie od cięcia cesarskiego, niezależnie od przyczyn, określono statystycznie jako 5/1000.

Ciężkie, zagrażające życiu powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego występują rzadko ale generalne ryzyko przyjęcia pacjentki w związku z porodem operacyjnym, niezależnie od przyczyn, określono statystycznie jako 9/1000.

Ryzyko śmierci pacjentki w związku z cięciem cesarskim, niezależnie od przyczyn, określono statystycznie jako 1/12.000. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowej implantacji łożyska i histerektomii okołoporodowej ryzyko to wzrasta do 7/100.

Odległe następstwa tej operacji (cięcia cesarskiego), związane z kolejnymi ciążami, mogą między innymi polegać na:

- zwiększonym ryzyku ponownego cięcia cesarskiego przy próbie porodu drogami natury (25/100),
- zwiększonym ryzyku rozejścia blizny/ pęknięcia macicy w czasie ciąży i porodu (statystyczne ryzyko określone jest jako 2- 7/1000),
- zwiększonym ryzyku wystąpienia tzw. PAS (z ang. Placenta Accreta Spectrum) czyli łożyska przodującego i wrośniętego (statystyczne ryzyko określone jest jako 4- 8/1000),
- zwiększonym ryzyku obumarcia wewnątrzmacicznego płodu w czasie trwania ciąży (statystyczne ryzyko określone jest jako 1- 4/1000).

Następstwem wycięcia macicy jest zaprzestanie miesiączkowania oraz niepłodność.

Trudności techniczne związane z usunięciem macicy wynikają ze zmian anatomicznych zachodzących w ciąży i w czasie porodu. Zmianie ulega także topografia sąsiadujących narządów — pęcherza moczowego, moczowodów oraz jelit, czyniąc je bardziej narażonymi na śródoperacyjne uszkodzenia.

Zabieg czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych podczas cięcia cesarskiego obarczony jest ryzykiem uszkodzenia naczyń, zatoru/zakrzepicy tętnic kończyn dolnych i tętnic biodrowych. Możliwa jest konieczność rozszerzenia zabiegu o embolektomię lub trombolizę. Procedura przeprowadzona jest z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego, co stanowi narażenie matki i płodu. Ryzyko operacyjne jest wysokie, a okres hospitalizacji może ulec wydłużeniu do 10 dni.

Do powikłań związanych z procedurą (przezskórne czasowe zamknięcie tętnic biodrowych wewnętrznych) zaliczamy:

- ryzyko zakrzepicy/rozwarstwienia naczyń, krwaków w miejscu nakłucia, ropni, martwicy oraz tętniaków rzekomych,
- gorączka,
- reakcje alergiczne na contrast,
- zakażenia miednicy,
- incydenty niedokrwienne, niedokrwienie kończyn dolnych, amputacja kończyn dolnych,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- krwotok z brakiem możliwości zaopatrzenia małoinwazyjnego - konieczność konwersji do operacji metodą otwartą.

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

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

Ryzyko oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

(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

(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 CIĘCIA CESARSKIEGO Z EW. ROZSZERZENIEM ZABIEGU O USUNIĘCIE MACICY Z JAJOWODAMI - HISTEREKTOMIĘ OKOŁOPORODOWĄ ORAZ CZASOWEGO ZAMKNIĘCIA TĘTNIC BIODROWYCH WEWNĘTRZNYCH

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat cięcia cesarskiego z ew. rozszerzeniem zabiegu o usunięcie macicy z jajowodami (histerektomia okołoporodowa) oraz czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych.

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 procedury 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 procedury 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 interwencji.

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

Przed rozpoczęciem interwencji medycznej 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 zaproponowanego cięcia cesarskiego z ew. rozszerzeniem zabiegu o usunięcie macicy z jajowodami (histerektomia okołoporodowa) oraz czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych.

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 zaproponowanego cięcia cesarskiego z ew. rozszerzeniem zabiegu o usunięcie macicy z jajowodami (histerektomia okołoporodowa) oraz czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych.

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 cięcia cesarskiego z ew. rozszerzeniem zabiegu o usunięcie macicy z jajowodami (histerektomia okołoporodowa) oraz czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych. 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 interwencję medyczną.

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 cięcia cesarskiego z ew. rozszerzeniem zabiegu o usunięcie macicy z jajowodami (histerektomia okołoporodowa) oraz czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych** 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 cięcia cesarskiego z ew. rozszerzeniem zabiegu o usunięcie macicy z jajowodami (histerektomia okołoporodowa) oraz czasowego zamknięcia tętnic biodrowych wewnętrznych.**

(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