

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ
ZGODY NA PRZEPROWADZENIE PRZEZPOCHWOWEGO WYCIĘCIA
RODZĄCEGO SIĘ MIĘŚNIAKA MACICY**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:.....

NUMER HISTORII CHOROBY:.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani /istnieje u Pani
podejrzenie.....

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują niezłośliwy charakter schorzenia, jednak dopiero
badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na podstawie ostatecznego rozpoznania.
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy istnieją wskazania do leczenia operacyjnego metodą
przezpochwą

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Zabieg polega na wycięciu prze pochwę i kanał szyjki macicy rodzącego się mięśniaka macicy
Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

Celem proponowanego leczenia jest.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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

- śródoperacyjnym uszkodzenia jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu i/lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji
operacyjnej /otwarcia jamy brzusznej/
- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ścian macicy , które może wymagać wycięcia macicy
- zapaleniu otrzewnej
- powikłania zakrzepowo-zatorowych /tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych
przez skrzepy/
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zespołe przewodnienia

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

5.ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

[] duże [] średnie [] ograniczone

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

6.ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby pani wiedzieć w związku z planowym leczeniem. Wszystkie informacje dodatkowe dotyczące planowego leczenia oraz wszelkie oczekiwania przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU

7.KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĄPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przeprowadzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenia zgody także na te okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8.OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnienia w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią

Dr.....spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń /lub z powyższymi zastrzeżeniami/
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

.....
/rodzaj zabiegu/

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
data podpis lekarza podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny .
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
mojego zdrowia i życia.

.....
data podpis lekarza podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu.....
.....