



Imię i nazwisko pacjentki: \_\_\_\_\_

Nr historii choroby: \_\_\_\_\_ PESEL/Data urodzenia\*: \_\_\_\_\_

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA NACIĘCIE KROCZA

### I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

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

Stwierdzono u Pani \_\_\_\_\_

### II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

**SZYCIE KROCZA** – zabieg naprawczy polegający na odtworzeniu struktur anatomicznych krocza, które uległy uszkodzeniu w trakcie porodu. Zabieg ten przeprowadza się **w znieczuleniu miejscowym** w przypadku obrażeń małego stopnia oraz **w znieczuleniu ogólnym/regionalnym** w przypadku rozległych urazów krocza.

**NACIĘCIE KROCZA** – (łac. episiotomia) zabieg stosowany podczas porodu drogami natury, polegający na nacięciu nożyczkami ściany pochwy, mięśni warstwy zewnętrznej przepony krocza oraz skórę, w celu zwiększenia wymiaru wychodu kanału rodnego, by ułatwić poród noworodka. Wskazaniem do nacięcia krocza jest: poród zabiegowy (próźniociąg położniczy, kleszcze), dystocja barkowa, poród miednicowy, krocze stanowiące przeszkodę porodową oraz zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu.

**Oczekiwane korzyści z nacięcia krocza to:** skrócenie II okresu porodu, zmniejszenie ryzyka zamartwicy, ułatwienie przeprowadzania porodu zabiegowego.

**Oczekiwane korzyści z szycia krocza to:** odtworzenie anatomii kanału rodnego, szybsze gojenie rany, mniejsze dolegliwości bólowe w trakcie gojenia.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

### III. Zalecenia pozabiegowe

Bezpośrednio po zabiegu nacięcia lub szycia krocza powinna pani zwracać uwagę na prawidłową higienę rany. Ranę należy przemywać chłodną wodą po każdym oddaniu moczu i stolca, zaleca się noszenie przewiewnej bielizny oraz jak najczęstsze wietrzenie rany. Nie zaleca się stosowania poduszek ortopedycznych do siedzenia. W przypadku podejrzenia rozejścia, zakażenia rany lub silnych dolegliwości bólowych w okolicy rany należy niezwłocznie poinformować personel medyczny.

### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

**OCHRONA KROCZA** - brak nacięcia **krocza** (epizjotomii) w końcowej fazie drugiego okresie porodu, czyli w chwili rodzenia się główki dziecka.

Innym sposobem jest ochrona krocza, należy jednak pamiętać, iż w przypadku wystąpienia wskazań do nacięcia krocza odstępianie od tej procedury może wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia płodu oraz urodzenia noworodka w zamartwicy.

Przy braku zgody pacjentki na nacięcie i szycie krocza należy prowadzić poród bez nacięcia.

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

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu oraz całkowitego braku ryzyka związanego z ochroną krocza lub nacięciem krocza.

Powikłania mogą między innymi polegać na:

- krwiaku w okolicy rany,
- rozejściu rany,
- infekcji rany,
- urazu krocza III i IV stopnia (uszkodzeniu zwieracza odbytu i śluzówki odbytu),
- bolesnym współżyciu,
- przewlekłym bólu krocza.

Należy zaznaczyć, iż według obecnej wiedzy nacięcie krocza nie zapobiega innemu uszkodzeniu tkanek krocza mogącemu wystąpić w trakcie porodu w tym pęknięciu krocza III oraz IV stopnia.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

## 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 NACIĘCIA KROCZA

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....  
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **nacięcia i szycia krocza**.

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 następstw 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 **zabiegu nacięcia i szycia krocza** w przypadku zaistnienia wskazań w trakcie porodu.

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 zabieg nacięcia krocza nawet w trakcie porodu nawet w sytuacji występujących wskazań wymienionych w tym formularzu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia oraz życia i zdrowia płodu, 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 zabiegu nacięcia i szycia krocza. 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 zabiegu nacięcia i szycia krocza** 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 zabieg nacięcia i szycia krocza.**

*(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