



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 ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH DROGĄ POCHWOWĄ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani zaburzenie statyki narządów miednicy, które spowodowało obniżenie lub wypadanie narządów płciowych rodnego (macicy i ścian pochwy). Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do leczenia operacyjnego drogą pochwową.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Leczenie operacyjne wypadania narządów płciowych drogą pochwową polega na chirurgicznej korekcie struktur anatomicznych dna miednicy, pochwy i krocza z ewentualnym usunięciem części lub całości narządu rodnego. Podczas zabiegu drogą pochwową może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Zabieg wykonywany jest w **znieczuleniu ogólnym lub przewodowym (zewnątrzoponowym lub podpajęczynówkowym)**.

Podczas operacji:

1. Lekarz wykonuje **nacięcie w ścianie pochwy** w miejscu obniżenia narządu.
2. W zależności od rodzaju wypadania:
 - wzmacnia się ścianę przednią pochwy w przypadku obniżenia pęcherza moczowego,
 - wzmacnia się ścianę tylną przy obniżeniu odbytnicy,

czasami stosuje się **siatkę lub taśmę syntetyczną**, jeśli wymaga tego zakres operacji.

3. Po zakończeniu zabiegu rana jest zamykana szwami, a do pochwy może zostać założony opatrunek lub cewnik.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny: (**niepotrzebne skreślić*)

Plastyka przednia pochwy*

Plastyka tylna pochwy i krocza*

Operacja sp. Fothergill II – skrócenie szyjki macicy i plastyka ścian pochwy*

Plastyka przednia pochwy z użyciem materiału syntetycznego*

Plastyka tylna pochwy i krocza z użyciem materiału syntetycznego*

SSLF (podwieszenie sklepień pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego)*

Celem zabiegu jest **leczenie zaburzeń statyki narządów płciowych**, czyli obniżenia lub wypadania pochwy, macicy,

**niepotrzebne skreślić*



pęcherza moczowego lub odbytnicy.

Zabieg ma na celu:

- przywrócenie prawidłowego położenia narządów miednicy mniejszej,
- usunięcie dolegliwości takich jak uczucie ciężaru, ciała obcego w pochwie, trudności w oddawaniu moczu lub stolca, nietrzymanie moczu, ból i dyskomfort,
- poprawę jakości życia, komfortu i funkcji seksualnych.

(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)

Unikać dźwigania i wysiłku fizycznego przez **6–8 tygodni**.

Rana powinna być utrzymywana **czysta i sucha**, należy stosować zalecane środki higieniczne.

Zakaz kąpieli w wannie, basenie oraz współżycia przez **6 tygodni** lub do czasu kontroli.

W przypadku gorączki, bólu, krwawienia lub sączenia z pochwy – **natychmiast zgłosić się do lekarza**.

Zalecane są lekkie spacerowanie i ćwiczenia oddechowe.

Szwy usuwa się zwykle **po 7–10 dniach**.

Kontrola pooperacyjna po **2–4 tygodniach**.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W zależności od stopnia obniżenia narządów płciowych możliwe są również inne formy postępowania:

- **leczenie zachowawcze**: ćwiczenia mięśni dna miednicy (metoda Kegla, biofeedback),
- **stosowanie pessarów dopochwowych**,
- **leczenie farmakologiczne** (np. estrogeny dopochwowe),
- **leczenie operacyjne inną metodą** (laparoskopową lub brzuszna),
- **brak leczenia** – co może skutkować nasileniem objawów i dalszym obniżaniem narządów.



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:

- 1) śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- 2) śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej,
- 3) niedrożności pooperacyjnej jelit,
- 4) krwotoku śródoperacyjnym,
- 5) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 6) powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- 7) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 8) zapaleniu otrzewnej,
- 9) zakażeniu rany pooperacyjnej,
- 10) zapaleniu pęcherza moczowego,
- 11) zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- 12) nietrzymaniu moczu,
- 13) bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- 14) 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 (*niepotrzebne skreślić)

Każdy zabieg operacyjny niesie ryzyko powikłań.

- 1) uszkodzenie pęcherza moczowego, moczowodów, odbytnicy lub innych narządów miednicy,
- 2) niedrożności pooperacyjnej jelit
- 3) konieczność zmiany zakresu operacji lub konwersji na inny typ zabiegu.
- 4) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),*
- 5) powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),*
- 6) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),*
- 7) zapaleniu otrzewnej, *

*niepotrzebne skreślić



- 8) zakażeniu rany pooperacyjnej,*
- 9) zapaleniu pęcherza moczowego,*
- 10) zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,*
- 11) nietrzymaniu moczu,*
- 12) bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,*
- 13) pogorszeniu jakości życia płciowego*
- 14) krwotok śródoperacyjny

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:

- pogorszenie dolegliwości wynikających z obniżenia narządu rodnego, stan zapalny, nietrzymanie moczu, zatrzymanie moczu, nasilenie bądź pojawienie się dolegliwości związanych z wypróżnianiem.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego leczenia operacyjnego

ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH DROGĄ POCHWOWĄ

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową**,

Plastyka przednia pochwy*

Plastyka tylna pochwy i krocza*

Operacja sp. Fothergill II – skrócenie szyjki macicy i plastyka ścian pochwy*

Plastyka przednia pochwy z użyciem materiału syntetycznego*

Plastyka tylna pochwy i krocza z użyciem materiału syntetycznego*

SSLF (podwieszenie sklepień pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego)*

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 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 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 zaproponowanego leczenia operacyjnego **zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową.**

Plastyka przednia pochwy*

Plastyka tylna pochwy i krocza*

Operacja sp. Fothergill II – skrócenie szyjki macicy i plastyka ścian pochwy*

Plastyka przednia pochwy z użyciem materiału syntetycznego*

Plastyka tylna pochwy i krocza z użyciem materiału syntetycznego*

SSLF (podwieszenie sklepień pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego)*

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 leczenia operacyjnego **zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową.**

Plastyka przednia pochwy*

Plastyka tylna pochwy i krocza*

Operacja sp. Fothergill II – skrócenie szyjki macicy i plastyka ścian pochwy*

Plastyka przednia pochwy z użyciem materiału syntetycznego*

Plastyka tylna pochwy i krocza z użyciem materiału syntetycznego*

SSLF (podwieszenie sklepień pochwy do więzadła krzyżowo-kolcowego)*

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 leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową. 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 zaproponowanego leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową.** 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 przeprowadzenie leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową.**

(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