



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 rodne (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 rodne. 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)*

Operacja sposobem Neugebauera LeForta – zabieg polegający na trwałym, częściowym zamknięciu światła pochwy poprzez zszycie jej przedniej i tylnej ściany.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 spacery 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 brzuszną),
- **brak leczenia** – co może skutkować nasileniem objawów i dalszym obniżaniem narządów.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej,
- niedrożności pooperacyjnej jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu otrzewnej,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- nietrzymaniu moczu,
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- 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 skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),*
7. zapaleniu otrzewnej, *



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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)*

Operacja sposobem Neugebauera LeForta

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 zabiegu oraz ryzyku powikłań jego 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 zabiegu 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 zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu 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 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)*

Operacja sposobem Neugebauera LeForta

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)*

Operacja sposobem Neugebauera LeForta

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



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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

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 zaproponowanego 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