



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 NA PRZEPROWADZENIE ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO LAPAROSKOPIA

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie)

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują niezłośliwy charakter schorzenia, jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego metodą endoskopową.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Laparoskopia polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego i obejrzeniu narządu rodnego (macicy, jajników i jajowodów) i sąsiednich narządów. Może zaistnieć potrzeba podania kontrastu przez pochwę, szyjkę macicy, jamę macicy i jajowody w celu sprawdzenia drożności. W przypadku stwierdzenia podczas laparoskopii zmian możliwych do usunięcia tą drogą zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy brzusznej macicy przez dodatkowe 1-3 trokary w kształcie rurek. Zabiegi te przeprowadza się **w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym**. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu endoskopowego może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Zabieg umożliwia **obejrzenie narządów wewnętrznych** przy użyciu kamery wprowadzonej przez niewielkie nacięcia w powłokach brzusznych, a w razie potrzeby — **wykonanie leczenia operacyjnego** (np. usunięcia torbieli, jajnika, jajowodu, mięśniaka, zrostów, ognisk endometriozy).

Celem laparoskopii może być:

- rozpoznanie przyczyn bólu, niepłodności lub krwawień,
- leczenie zmian chorobowych w obrębie jajników, jajowodów lub macicy,
- pobranie tkanek do badania histopatologicznego.

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

Całkowite wycięcie macicy*

Częściowe wycięcie macicy, czyli amputację trzonu macicy z pozostawieniem szyjki macicy*

*niepotrzebne skreślić



Wyłuszczenie mięśniaka/mięśniaków macicy*

Wyłuszczenie torbieli jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajowodu prawego/lewego lub obu jajowodów

Usunięcie ognisk chorobowych z miednicy mniejszej/jamy brzusznej*

Sakropeksji - podwieszenia macicy/szyjki macicy/pochwy do promontorium kości krzyżowej*

Operację sposobem Dubuissona - podwieszenie macicy do powięzi mięśni prostych brzucha*

Operację sposobem Burcha - podwieszenie ścian pochwy (powięzi łonowo-szyjkowej) do więzadeł Coopera – więzadeł biodrowo-grzbieniowych*

Operację sposobem Richardssona - podwieszenie ścian pochwy (łuku ścięgnistego powięzi miednicy) do powięzi mięśnia zasłonowego wewnętrznego*

Inne:

Celem proponowanej operacji może być (**niepotrzebne skreślić*)

- rozpoznanie przyczyn bólu, niepłodności lub krwawień,
- leczenie zmian chorobowych w obrębie jajników, jajowodów lub macicy,
- pobranie tkanek do badania histopatologicznego.
- korekta zaburzeń statyki narządu rodno*

Oczekiwane korzyści obejmują: (**niepotrzebne skreślić*)

- dokładne rozpoznanie przyczyny dolegliwości,
- możliwość natychmiastowego leczenia zmian chorobowych,
- krótszy czas gojenia ran i pobytu w szpitalu,
- mniejsze ryzyko zakażeń i powikłań pooperacyjnych niż po klasycznej operacji,
- lepszy efekt kosmetyczny (małe blizny),
- szybszy powrót do aktywności i pracy.
- weryfikacja histopatologiczna zmian chorobowych*
- korekta zaburzeń statyki narządu rodno*

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

**niepotrzebne skreślić*



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej oraz stosowania: (**niepotrzebne skreślić*) higiena rany pooperacyjnej, stosowanie środków dezynfekcyjnych*.

Rana po laparoskopii to 3–4 małe nacięcia na brzuchu (0,5–1 cm). Opatrunki należy utrzymywać **czyste i suche**.

Powinno się nie kąpać w wannie ani nie korzystać z basenu przez 2 tygodnie.

Szwy usuwa się **po ok 8 dniach** od zabiegu w trakcie wizyty lekarskiej w gabinecie.

Przyjmuj leki **dokładnie według zaleceń lekarza** (np. przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, antybiotyki).

Nie stosuj żadnych preparatów ziołowych ani suplementów bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem.

Wynik badania histopatologicznego odbiera się w trakcie wizyty lekarskiej w gabinecie.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: (**niepotrzebne skreślić*)

- **obserwację** i regularne kontrole ginekologiczne (np. w przypadku niewielkich torbieli lub zmian czynnościowych jajnika),
- **leczenie farmakologiczne** – np. leki hormonalne, przeciwzapalne lub przeciwbólowe,
- **fizjoterapię ginekologiczną** (np. przy zrostach lub zaburzeniach mięśni dna miednicy),
- **zmianę stylu życia** – utrzymanie prawidłowej masy ciała, unikanie stresu, odpowiednia aktywność fizyczna,
- **ablację lub skleroterapię torbieli jajnika**,
- **biopsję cienkoigłową lub gruboigłową** w celu rozpoznania charakteru zmiany.

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

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 przetok jelitowych,
- 3) niedrożności pooperacyjnej jelit,
- 4) śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
- 5) krwotoku śródoperacyjnym,
- 6) wtórnym krwawieniu lub krwinkach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 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) powstaniu odmy,
- 12) zespole przewodnienia.

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

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:

(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

ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO LAPAROSKOPIA

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – laparoskopia,**

Wyluszczenie mięśniaka/mięśniaków macicy*

Wyluszczenie torbieli jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajowodu prawego/lewego lub obu jajowodów

Usunięcie ognisk chorobowych z miednicy mniejszej/jamy brzusznej*

Sakropeksji - podwieszenia macicy/szyjki macicy/pochwy do promontorium kości krzyżowej*

Operację sposobem Dubuissona - podwieszenie macicy do powięzi mięśni prostych brzucha*

Operację sposobem Burcha - podwieszenie ścian pochwy (powięzi łonowo-szyjkowej) do więzadel Coopera – więzadel biodrowo-grzebieniowych*

Operację sposobem Richardssona - podwieszenie ścian pochwy (łuku ścięgnistego powięzi miednicy) do powięzi mięśnia zasłonowego wewnętrznego*

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 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 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 proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – laparoscopia.

Wyluszczenie mięśniaka/mięśniaków macicy*

Wyluszczenie torbieli jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajowodu prawego/lewego lub obu jajowodów

Usunięcie ognisk chorobowych z miednicy mniejszej/jamy brzusznej*

Sakropeksji - podwieszenia macicy/szyjki macicy/pochwy do promontorium kości krzyżowej*

Operację sposobem Dubuissona - podwieszenie macicy do powięzi mięśni prostych brzucha*

Operację sposobem Burcha - podwieszenie ścian pochwy (powięzi łonowo-szyjkowej) do więzadel Coopera – więzadel biodrowo-grzebieniowych*

Operację sposobem Richardssona - podwieszenie ścian pochwy (łuku ścięgnistego powięzi miednicy) do powięzi mięśnia zasłonowego wewnętrznego*

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 proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – laparoscopia.

Wyluszczenie mięśniaka/mięśniaków macicy*

Wyluszczenie torbieli jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajnika prawego/lewego lub obu jajników*

Usunięcie jajowodu prawego/lewego lub obu jajowodów

Usunięcie ognisk chorobowych z miednicy mniejszej/jamy brzusznej*

Sakropeksji - podwieszenia macicy/szyjki macicy/pochwy do promontorium kości krzyżowej*

Operację sposobem Dubuissona - podwieszenie macicy do powięzi mięśni prostych brzucha*

Operację sposobem Burcha - podwieszenie ścian pochwy (powięzi łonowo-szyjkowej) do więzadel Coopera – więzadel biodrowo-grzebieniowych*

Operację sposobem Richardssona - podwieszenie ścian pochwy (łuku ścięgnistego powięzi miednicy) do powięzi mięśnia zasłonowego wewnętrznego*

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie **proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – laparoscopia**. 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 proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – laparoskopia** 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 proponowanego endoskopowego leczenia operacyjnego – laparoskopia**

(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