



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 PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JAJNIKA

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) nowotworu złośliwego jajnika.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na złośliwy charakter nowotworu, jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego. W Pani przypadku proponujemy operację, która pozwoli na uniknięcie dalszego rozprzestrzeniania się choroby. Rodzaj choroby i jej zaawansowanie zmuszają do przeprowadzenia u Pani operacji o szerokim zakresie, podczas której podjęta zostanie próba usunięcia wszystkich zajętych przez proces chorobowy tkanek. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Po zabiegu operacyjnym konieczne będzie prawdopodobnie dalsze leczenie onkologiczne w postaci leczenia lekami przeciwnowotworowymi (chemioterapia) lub/i naświetlań (radioterapia).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, leczenie operacyjne polegać będzie na otwarciu jamy brzusznej a następnie usunięciu guza/guzów w sposób maksymalnie doszczętny. Planowane jest również usunięcie całej macicy ewentualnie razem z przyległymi tkankami (przymacicza) oraz dwoma jajnikami i jajowodami. Dodatkowo może istnieć potrzeba usunięcia węzłów chłonnych w celu określenia zaawansowania choroby i zaplanowania przyszłego leczenia onkologicznego. Planowany zakres operacji może obejmować również usunięcie wyrostka robaczkowego oraz sieci. W przypadku stwierdzenia objęcia procesem nowotworowym jelit może być konieczne usunięcie fragmentu jelita i/lub wyłonienie sztucznego odbytu (ujścia jelita przez skórę brzucha).

Decyzja o realizacji zaplanowanego zakresu operacji i doszczętności usunięcia zmiany chorobowej zostanie ostatecznie podjęta po otwarciu jamy brzusznej i określeniu relacji ryzyka do korzyści planowanych do wykonania procedur operacyjnych. Planowany zabieg jest bardzo rozległy – **przeprowadza się go w znieczuleniu ogólnym**. Może być konieczne zastosowanie po operacji drenów odprowadzających (z jamy brzusznej i pochwy) oraz cewnika w pęcherzu moczowym. Pooperacyjny pobyt w szpitalu będzie dłuższy niż przeciętnie.

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

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego **laparotomii (otwarcia jamy brzusznej)**.

W trakcie operacji chirurg ocenia stan narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej.



W zależności od śródoperacyjnego wyniku badania oraz rozległości zmian chorobowych może być konieczne:

- usunięcie jednego lub obu jajników,
- usunięcie macicy z przydatkami,
- usunięcie sieci większej, wyrostka robaczkowego, węzłów chłonnych okołoaortalnych i biodrowych,
- pobranie wycinków z otrzewnej lub płynu do badań cytologicznych,
- w razie konieczności operacje w zakresie przewodu pokarmowego, w tym ewentualna resekcja jelit z wytworzeniem sztucznego odbytu.

Zakres operacji może być **rozszerzony w czasie zabiegu**, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjentki i ocena zmian nowotworowych.

Cel planowanego leczenia operacyjnego:

Zabieg operacyjny jest wykonywany z **powodu podejrzenia nowotworu złośliwego jajnika**.

Celem operacji jest:

- rozpoznanie charakteru zmian (łagodnych lub złośliwych),
- usunięcie guza i tkanek zmienionych chorobowo,
- ewentualne wykonanie dalszego leczenia operacyjnego w celu całkowitego usunięcia zmian nowotworowych,
- pobranie materiału do badania histopatologicznego (badania mikroskopowego), które pozwoli ustalić ostateczne rozpoznanie.

Oczekiwane korzyści obejmują: (**niepotrzebne skreślić*)

Zabieg operacyjny wykonywany przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika ma na celu **rozpoznanie, usunięcie i ocenę zaawansowania choroby**, a jego głównym zadaniem jest **ochrona zdrowia i życia pacjentki**.

Korzyści wynikające z wykonania operacji obejmują:

1. Dokładne rozpoznanie choroby

Operacja pozwala na **pobranie i ocenę tkanek** w badaniu histopatologicznym (mikroskopowym). Dzięki temu możliwe jest **ustalenie ostatecznego rozpoznania** – czy zmiana ma charakter łagodny, graniczny czy złośliwy.

Wynik badania histopatologicznego jest podstawą do **dalszego planowania leczenia** (np. chemioterapii, obserwacji, hormonoterapii).

2. Usunięcie guza i zmian chorobowych

Zabieg umożliwia **całkowite lub częściowe usunięcie guza jajnika**, co może:

- **zatrzymać postęp choroby**,
- **zmniejszyć liczbę komórek nowotworowych**,
- **złagodzić dolegliwości** (ból brzucha, ucisk, wzdęcia, wodobrzusze).

3. Zapobieganie rozprzestrzenianiu się choroby

Wczesne usunięcie zmiany ogranicza ryzyko **rozstępu nowotworu** do innych narządów jamy brzusznej.

Operacja pozwala na **ocenę stopnia zaawansowania (tzw. staging)**, co umożliwia dokładne dobranie dalszego leczenia onkologicznego i zwiększa szanse na wyleczenie.

4. Poprawa rokowania i skuteczności dalszego leczenia

Wczesne leczenie chirurgiczne daje **największe szanse na całkowite wyleczenie lub długotrwałą remisję choroby**.

Usunięcie ogniska nowotworowego **zwiększa skuteczność leczenia uzupełniającego** (np. chemioterapii lub radioterapii).



5. Poprawa jakości życia

Po usunięciu guza często ustępują dolegliwości bólowe, uczucie ucisku w jamie brzusznej i wzdęcia. Zmniejsza się uczucie dyskomfortu i napięcia w podbrzuszu.

Pacjentka zyskuje **poczucie bezpieczeństwa i pewności diagnostycznej**, co ułatwia dalsze leczenie i planowanie opieki onkologicznej.

6. Działanie profilaktyczne

W przypadku łagodnych lub granicznych zmian usunięcie jajnika lub przydatków **eliminuje ryzyko ich zezłośliwienia w przyszłości**.

Operacja umożliwia również ocenę pozostałych narządów (macicy, drugiego jajnika, sieci większej), co pozwala na **wczesne wykrycie ewentualnych innych ognisk choroby**.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Higiena i pielęgnacja rany:

Ranę należy **utrzymywać w czystości i suchości**.

Opatrunek zmienia się zgodnie z zaleceniem lekarza lub pielęgniarki.

Należy unikać moczenia rany (kąpieli w wannie, basenie, saunie) przez ok. **4–6 tygodni**.

Można brać prysznic, jeśli rana jest zabezpieczona i lekarz wyrazi na to zgodę.

W przypadku zaczerwienienia, sączenia się rany, gorączki lub bólu – należy **niezwłocznie skontaktować się z lekarzem**.

Dieta pooperacyjna:

Po powrocie do domu zaleca się **lekkostrawną dietę** z dużą ilością warzyw, owoców, błonnika i płynów.

Unikać potraw tłustych, smażonych i wzdymających.

Należy pić co najmniej **1,5–2 litry płynów dziennie**, o ile lekarz nie zaleci inaczej.

Dbać o regularne wypróżnienia – **unikać zaparć**, które mogą powodować ból i napięcie w ranie pooperacyjnej.

Leki:

Przyjmować wszystkie zalecone przez lekarza leki (np. przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, antybiotyki).

Nie stosować żadnych preparatów ziołowych lub suplementów bez konsultacji z lekarzem prowadzącym.

W razie potrzeby można stosować łagodne środki przeczyszczające zalecone przez lekarza.

Kontrola pooperacyjna i dalsze leczenie:

Szwy skórne **zdejmuje się zwykle po 7–10 dniach** od zabiegu.

U pacjentek z wolniejszym gojeniem (np. cukrzyca, otyłość, leczenie sterydami) czas ten może wydłużyć się do **10–14 dni**.



W przypadku szwów metalowych (klamry chirurgiczne) ich usunięcie następuje zwykle **po 8–12 dniach**, w zależności od gojenia.

Po 2-4 tygodniach od zabiegu odbędzie się kontrola lekarska, w trakcie której omówione zostaną wyniki badania histopatologicznego oraz dalszy plan leczenia (obserwacja, chemioterapia, kontrolne badania).

Kolejne wizyty kontrolne są ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne postępowanie obejmuje:

- obserwację i dalszą diagnostykę bez operacji,
- leczenie farmakologiczne lub hormonalne (w wybranych przypadkach),
- ewentualne leczenie paliatywne, jeśli choroba jest zaawansowana i nieoperacyjna.

Pacjentka została poinformowana, że **jedynie badanie histopatologiczne** uzyskanego materiału podczas operacji pozwala **na ostateczne rozpoznanie i zaplanowanie skutecznego leczenia onkologicznego**.

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 krwinkach 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

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) niedrożności pooperacyjnej jelit, wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 2) powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- 3) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 4) zapaleniu otrzewnej,
- 5) zakażeniu rany pooperacyjnej,
- 6) zapaleniu pęcherza moczowego,
- 7) zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- 8) nietrzymaniu moczu,
- 9) bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- 10) pogorszeniu jakości życia płciowego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

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:

- 1) progresja procesu nowotworowego,
- 2) niedrożność przewodu pokarmowego wraz z potrzebą pilnej operacji chirurgicznej,
- 3) wystąpienie niedrożności układu moczowego wraz z potrzebą pilnej operacji urologicznej.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JAJNIKA

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego leczenia operacyjnego przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika.**

- **usunięcie jednego lub obu jajników*,**
- **usunięcie macicy z przydatkami*,**
- **usunięcie sieci większej, wyrostka robaczkowego, węzłów chłonnych okoloaortalnych i biodrowych*,**
- **pobranie wycinków z otrzewnej lub płynu do badań cytologicznych*,**
- **w razie konieczności operacje w zakresie przewodu pokarmowego, w tym ewentualna resekcja jelit z wytworzeniem sztucznego odbytu*.**

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 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 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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego leczenia operacyjnego przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika.

- usunięcie jednego lub obu jajników*,
- usunięcie macicy z przydatkami*,
- usunięcie sieci większej, wyrostka robaczkowego, węzłów chłonnych okołoaortalnych i biodrowych*,
- pobranie wycinków z otrzewnej lub płynu do badań cytologicznych*,
- w razie konieczności operacje w zakresie przewodu pokarmowego, w tym ewentualna resekcja jelit z wytworzeniem sztucznego odbytu*.

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 przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika.

- usunięcie jednego lub obu jajników*,
- usunięcie macicy z przydatkami*,
- usunięcie sieci większej, wyrostka robaczkowego, węzłów chłonnych okołoaortalnych i biodrowych*,
- pobranie wycinków z otrzewnej lub płynu do badań cytologicznych*,
- w razie konieczności operacje w zakresie przewodu pokarmowego, w tym ewentualna resekcja jelit z wytworzeniem sztucznego odbytu*.

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 **zaproponowanego leczenia operacyjnego przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika**. 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/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 przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika** 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 przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika**

(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