



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 LECZENIA OPERACYJNEGO PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO SROMU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

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

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na złośliwy charakter nowotworu. 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.

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

Srom to zewnętrzne narządy płciowe kobiety. Kobiety z rakiem sromu mogą wymagać operacji polegającej na usunięciu części lub całości tkanek w tej okolicy. Zakres usunięcia tkanek podczas operacji zależy od rodzaju komórek nowotworowych, wielkości guza, jego położenia oraz tego, czy nowotwór rozprzestrzenił się poza pierwotne miejsce. Może być również konieczne usunięcie niektórych węzłów chłonnych z jednej lub obu pachwin. Przy planowaniu operacji brany jest także pod uwagę ogólny stan zdrowia oraz objawy, takie jak dyskomfort lub ból, pieczenie bądź swędzenie w tej okolicy. Celem operacji jest usunięcie całego nowotworu. Leczenie chirurgiczne we wczesnych stadiach choroby jest zazwyczaj skuteczne. Jednak, jeśli nowotwór się rozprzestrzenił, może być zalecana radioterapia danego obszaru.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym (zewnątrzoponowym lub podpajęczynówkowym). W przypadku drobnych zabiegów jak biopsja sromu można też wykorzystać znieczulenie miejscowe.

Rodzaj operacji jest ustalany indywidualnie i może obejmować:

1. biopsję sromu – pobranie wycinka ze sromu do badania histopatologicznego;
2. radykalne miejscowe wycięcie – usunięcie guza (nowotworu) wraz z marginesem zdrowej tkanki wokół niego;



3. hemiwulwektomię – usunięcie jednej strony sromu (wargi sromowej mniejszej i większej), jeśli guz znajduje się tylko po jednej stronie;
4. radykalną wulwektomię – usunięcie całego sromu (warg sromowych wewnętrznych i zewnętrznych) po obu stronach, czasami także łechtaczki oraz niektórych węzłów chłonnych. Łechtaczka to niewielki, bardzo wrażliwy obszar położony nad ujściami cewki moczowej i pochwy (cewka moczowa to przewód odprowadzający moc z pęcherza na zewnątrz ciała);
5. usunięcie regionalnych węzłów chłonnych – znajdujących się po obu stronach pachwin;
6. biopsję węzła wartowniczego – polegającą na wstrzyknięciu barwnika w zmienione chorobowo miejsce podczas operacji w celu uwidocznienia węzłów chłonnych, co pozwala chirurgowi selektywnie usunąć węzły do badania. Zwiększa to dokładność diagnostyki i zmniejsza ryzyko długotrwałego powikłania, jakim jest obrzęk limfatyczny;
7. systematyczna limfadenektomia pachwinowo-udowa;
8. selektywna limfadenektomia pachwinowo-udowa.

Oczekiwane korzyści obejmują:

Operacja jest **metodą leczenia z wyboru** w przypadku raka sromu ograniczonego do narządu rodowego. Umożliwia usunięcie nowotworu wraz z marginesem zdrowych tkanek, co znacząco **zmniejsza ryzyko nawrotu choroby**. Po usunięciu zmiany nowotworowej często ustępują lub wyraźnie zmniejszają się objawy, takie jak:

- ból,
- pieczenie,
- świąd,
- krwawienie,
- nieprzyjemny zapach lub sączenie z rany nowotworowej.

Wczesne leczenie operacyjne zmniejsza ryzyko:

- zajęcia okolicznych tkanek,
- przerzutów do węzłów chłonnych pachwinowych,
- konieczności bardziej rozległego leczenia w przyszłości.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej oraz:

Higiena i pielęgnacja rany

- ranę należy **utrzymywać w czystości i suchości**,

**niepotrzebne skreślić*



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- 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 zacerwienia, 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 8–10 dniach** od zabiegu.
- u pacjentek z wolniejszym gojeniem (np. cukrzyca, otyłość, leczenie sterydami) czas ten może wydłużyć się do **10–14 dni**.
- 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

W zależności od typu i zaawansowania choroby możliwe są inne formy leczenia:

- **leczenie zachowawcze (obserwacja, farmakoterapia hormonalna)** – w wybranych przypadkach,
- **radioterapia lub brachyterapia**,
- **chemioterapia**,
- **leczenie paliatywne** w zaawansowanych stadiach,
- **brak leczenia** – co może prowadzić do postępu choroby i pogorszenia stanu ogólnego.

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

Jak każda operacja, istnieje ryzyko. W przypadku tej operacji istnieje ryzyko:

- ponownego otwarcia rany,
- zakażenia rany,
- obrzęku limfatycznego (opuchlizny) sromu i/lub nóg,
- torbieli limfatycznej (nagromadzenia płynu, który może gromadzić się w miejscu usunięcia węzłów chłonnych),
- krwiaka (nagromadzenia krwi w miejscu operacji),
- zakrzepów krwi w nogach, znanych również jako zakrzepica żył głębokich lub zatorowość płucna.

Podjęmujemy wiele działań, aby zminimalizować ryzyko. Na przykład:

- podajemy antybiotyki, aby zapobiec infekcji, a zabieg przeprowadzany jest w sterylnych warunkach,
- prosimy o noszenie specjalnych pończoch uciskowych i otrzymanie leków zmniejszających krzepliwość krwi.



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

Prognoza pooperacyjna

Leczenie operacyjne raka sromu jest metodą z wyboru i w przypadku choroby we wczesnym stadium daje wysokie szanse trwałego wyleczenia. Rokowanie zależy od stopnia zaawansowania choroby, radykalności zabiegu, wyniku badania histopatologicznego oraz ewentualnego zajęcia węzłów chłonnych. W przypadkach bardziej zaawansowanych może być konieczne leczenie uzupełniające (radioterapia lub radiochemioterapia). Wymagana jest długoterminowa kontrola onkologiczna z uwagi na ryzyko nawrotu choroby.

Możliwe powikłania odległe

Po leczeniu operacyjnym mogą wystąpić powikłania odległe, w tym:

- obrzęk limfatyczny kończyn dolnych i/lub sromu,
- przewlekłe dolegliwości bólowe oraz zaburzenia czucia w okolicy operowanej, pachwin lub kończyn dolnych,
- nieprawidłowe bliznowacenie, zwężenie wejścia do pochwy, dyskomfort w okolicy operowanej,
- zaburzenia funkcji seksualnych, w tym bolesność współżycia i zmniejszenie czucia,
- ograniczenie sprawności fizycznej w obrębie pachwin lub bioder,
- następstwa psychiczne związane ze zmianą obrazu ciała,
- ryzyko nawrotu choroby nowotworowej mimo leczenia radykalnego.

Pacjentka została poinformowana o charakterze choroby, proponowanym leczeniu, możliwych korzyściach, ryzyku powikłań oraz konieczności dalszej kontroli onkologicznej.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia operacyjnego raka sromu może prowadzić do postępu choroby nowotworowej, miejscowego naciekania oraz przerzutów do węzłów chłonnych i narządów odległych. Może to skutkować nasileniem dolegliwości bólowych, krwawieniem, zakażeniami, pogorszeniem jakości życia, ograniczeniem możliwości leczenia radykalnego oraz skróceniem długości życia, a w zaawansowanym stadium koniecznością leczenia paliatywnego.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego LECZENIA OPERACYJNEGO PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO SROMU

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

- biopsja sromu*
- radykalne miejscowe wycięcie*
- hemiwalwektomię*
- radykalną walwektomię*
- usunięcie regionalnych węzłów chłonnych*
- biopsję węzła wartowniczego*
- systematyczna limfadenektomia pachwinowo-udowa*
- selektywna limfadenektomia pachwinowo-udowa*

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

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

- biopsja sromu*
- radykalne miejscowe wycięcie*
- hemiwulwektomię*
- radykalną wulwektomię*
- usunięcie regionalnych węzłów chłonnych*
- biopsję węzła wartowniczego*
- systematyczna limfadenektomia pachwinowo-udowa*
- selektywna limfadenektomia pachwinowo-udowa*

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 sromu.

- biopsja sromu*
- radykalne miejscowe wycięcie*
- hemiwulwektomię*
- radykalną wulwektomię*
- usunięcie regionalnych węzłów chłonnych*
- biopsję węzła wartowniczego*
- systematyczna limfadenektomia pachwinowo-udowa*
- selektywna limfadenektomia pachwinowo-udowa*

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 sromu. 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 przy podejrzeniu nowotworu złośliwego sromu** 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 zaproponowanego leczenia operacyjnego przy podejrzeniu nowotworu złośliwego sromu.**

(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