

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE HISTEROSKOPII

IMIE I NAZWISKO PACJENTKI:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani /istnieje u Pani podejrzenie **Polipa endometrialnego**

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

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Histeroskopia /hsc/ polega na wprowadzeniu prze pochwę i kanał szyjki macicy urządzenia optycznego w celu obejrzenia wnętrza jamy macicy. W przypadku stwierdzenia podczas histeroskopii zmian możliwych od usunięcia tą drogą zostanie przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy macicy kanałem roboczym histeroskopu.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:
Histeroskopowe wycięcie polipa, łyżeczkowanie kanału i jamy macicy.

Celem proponowanego leczenia jest wycięcie zmiany i przesłanie do badania histopatologicznego
Alternatywne metody leczenia pani schorzenia obejmują łyżeczkowanie kanału i jamy macicy lub elektroresekcję polipa.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Bóle podbrzusza i krwawienie z macicy.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródooperacyjnym uszkodzenia jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- krwotoku śródooperacyjnym
- wtórnym krwawieniu i/lub krwinkach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej /otwarcia jamy brzusznej/
- śródooperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ścian macicy , które może wymagać wycięcia macicy
- zapaleniu otrzewnej
- powikłania zakrzepowo-zatorowych /tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy/
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zespołu przewodnienia

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu zdarzają się rzadko.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

[x] duże

[] średnie

[] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące rozrost nowotworowy, krwotok z macicy.

6.ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby pani wiedzieć w związku z planowym leczeniem. Wszystkie informacje dodatkowe dotyczące planowego leczenia oraz wszelkie oczekiwania przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU

7.KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

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

8.OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnienia w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z dr
spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń /lub z powyższymi zastrzeżeniami/
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

Histeroskopia z usunięciem polipa i żyłeczkowaniem kanału i jamy macicy.
/rodzaj zabiegu/

**oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie
przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,ciężkiego
uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia**

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny .

**Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
mojego zdrowia i życia.**

.....

data

.....

podpis lekarza

.....

podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu.....

.....