



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 WYŁYŻECZKOWANIA JAMY MACICY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie)

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do wyłyżeczkowania jamy macicy.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

Zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i **pobraniu błony śluzowej macicy** i/lub kanału szyjki macicy oraz ewentualnych zmian patologicznych z jej wnętrza przy użyciu narzędzi chirurgicznych.

Materiał pobrany w czasie zabiegu jest **przekazywany do badania histopatologicznego**, co pozwala ustalić przyczynę dolegliwości i postawić ostateczne rozpoznanie. Zabieg ten przeprowadza się **w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym**.

Celem zabiegu może być:

- diagnostyka przyczyn nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych,
- ocena stanu endometrium (błony śluzowej macicy),
- usunięcie pozostałości po poronieniu lub porodzie,
- leczenie zmian przerostowych endometrium, polipów lub niewielkich mięśniaków podśluzówkowych.

Oczekiwane korzyści obejmują: (**niepotrzebne skreślić*)

- ustalenie dokładnego rozpoznania choroby macicy, poprzez uzyskanie materiału do badania histopatologicznego/genetycznego
- zatrzymanie krwawienia lub usunięcie przyczyny dolegliwości,
- oczyszczenie jamy macicy i zapobieganie zakażeniom,
- możliwość skuteczniejszego leczenia dalszego (farmakologicznego lub chirurgicznego).



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

III. Zalecenia pozabiegowe

W dniu zabiegu należy odpoczywać i unikać prowadzenia pojazdów.

Przez kilka dni może występować niewielkie krwawienie lub plamienie.

Należy unikać:

- współżycia płciowego,
- kąpieli w wannie i korzystania z basenu,
- stosowania tamponów — przez **7–10 dni** lub do czasu kontroli.

Można stosować środki przeciwbólowe zalecone przez lekarza.

W razie wystąpienia gorączki, silnego bólu brzucha, obfitego krwawienia lub nieprzyjemnego zapachu wydzieliny — należy **niezwłocznie skontaktować się z lekarzem**.

Kontrola pooperacyjna po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego na wizycie lekarskiej celem ustalenia dalszego postępowania.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W zależności od wskazań możliwe są inne sposoby postępowania:

- **leczenie farmakologiczne (hormonalne lub przeciwzapalne),**
- **obserwacja i regularne badania USG,**
- **histeroskopia (zabieg endoskopowy),** pozwalająca na precyzyjne obejrzenie jamy macicy i usunięcie zmian pod kontrolą wzroku,
- **brak leczenia** – co może prowadzić do utrzymywania się objawów, krwawień i powikłań.

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 ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
- 2) śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- 3) śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit,
- 4) krwotoku śródoperacyjnym,



- 5) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 6) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 7) zakażeniu rany pooperacyjnej,
- 8) zapaleniu pęcherza moczowego.
- 9) 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) wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- 2) powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- 3) stanie zapalnym narządów miednicy mniejszej
- 4) zapaleniu pęcherza moczowego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

[] małe	[] średnie	[] duże
----------	-------------	----------

Ryzyko odległych powikłań:

[] małe	[] średnie	[] duże
----------	-------------	----------

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z zabiegu może skutkować:

- utrzymywaniem się lub nasileniem krwawień,
- niedokrwistością i osłabieniem,
- opóźnieniem rozpoznania ewentualnego nowotworu endometrium,
- zwiększonym ryzykiem powikłań infekcyjnych lub zapalnych.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

WYŁYŻECZKOWANIA JAMY MACICY

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego wyłyżeczki jamy macicy**.

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 wyłyżeczkowania jamy macicy.**

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 wyłyżeczkowania jamy macicy.**

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 proponowanego wyłyżeczkowania jamy macicy. 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 proponowanego wyłyżeczkowania jamy macicy** 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 proponowanego wyłyżeczkowania jamy macicy.** *(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