

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ
ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO
PRZY PODEJRZENIU ENDOMETRIOZY W BLIŹNIE**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:.....

NUMER HISTORII CHOROBY:.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani /istnieje u Pani
podejrzenie/.

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują na niezłośliwy charakter schorzenia, jednak dopiero
badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na podstawie ostatecznego rozpoznania.
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy istnieją wskazania u Pani leczenia operacyjnego. W Pani
przypadku proponujemy operację-wycięcie guzka powłok brzusznych.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, leczenie operacyjne polegać będzie na
rewizji powłok brzusznych w miejscu blizny po cięciu cesarski i wycięciu zmian podejrzanych o
endometriozę.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:
.....

Celem proponowanego leczenia jest.....

Alternatywne metody leczenia pani schorzenia obejmują

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

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:

- śródoperacyjnym uszkodzenia jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu i/lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej /otwarcia jamy brzusznej/
- zapaleniu otrzewnej
- powikłania zakrzepowo-zatorowych /tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy/
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzenia w opróżnianiu pęcherza moczowego
- nietrzymania moczu

-bólach brzucha w wyniku powstawania zrostów pooperacyjnych
-pogorszeniu jakości życia płciowego
Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu zdarzają się rzadko.

5.ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

[] duże [] średnie [] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące

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 WYSTĄPUJĄCA 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 Panem/Panią

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**

.....
/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.....
.....