



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: _____

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

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

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 naświetłań (radioterapia) lub/i leczenia lekami przeciwnowotworowymi (chemioterapia).

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 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 zabieg jest bardzo rozległy – przeprowadza się go **w znieczuleniu ogólnym**. 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. Będzie konieczne zastosowanie po operacji drenów odprowadzających (z jamy brzusznej i pochwy) oraz cewnika w pęcherzu moczowym. Pooperacyjny pobyt w szpitalu będzie dłuższy niż przeciętnie.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

Celem operacji jest:

- **usunięcie macicy** z jajnikami i jajowodami, sieci większej, węzłów chłonnych okołoaortalnych i biodrowych
- pobranie tkanek do badania histopatologicznego, usunięciem ognisk przerzutowych
- ustalenie stopnia zaawansowania choroby

*niepotrzebne skreślić



- w razie konieczności usunięcie fragmentu jelita cienkiego/grubego wraz z zespoleniem jelitowym/wyłonieniem stomii*

- **zahamowanie rozwoju choroby i ochrona zdrowia oraz życia pacjentki.**

W zależności od wyniku badania śródoperacyjnego i zaawansowania choroby, zakres zabiegu może zostać **rozszerzony** (np. o usunięcie węzłów chłonnych, sieci większej, fragmentów otrzewnej lub innych tkanek zmienionych chorobowo).

Oczekiwane korzyści obejmują:

Chirurgia odgrywa kluczową rolę w leczeniu raka trzonu macicy a jej celem jest usunięcie guza z marginesem zdrowych tkanek, a także w zależności od wskazań usunięcie węzłów chłonnych tak aby zminimalizować ryzyko wznowy choroby nowotworowej. Dzięki operacji i badaniu histopatologicznemu możliwa jest dokładna ocena zaawansowania nowotworu. Operacja ma też na celu zmniejszenie lub ustąpienie dolegliwości (krwawienia, bólu, ucisku), a także poprawę jakości życia i samopoczucia.

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

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.**

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.

*niepotrzebne skreślić



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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

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

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

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ małe ☐ średnie ☐ duże

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z zabiegu może prowadzić do:

- nasilenia objawów (krwawienia, bólu, osłabienia),
- postępu choroby nowotworowej,
- rozsiewu nowotworu do innych narządów,
- pogorszenia rokowania i skrócenia życia.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

LECZENIA OPERACYJNEGO PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego leczenia operacyjnego nowotworu złośliwego 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 zaproponowanego leczenia operacyjnego nowotworu złośliwego 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 przeprowadzenie **zaproponowanego leczenia operacyjnego nowotworu złośliwego macicy**. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 nowotworu złośliwego 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 zaproponowanego leczenia operacyjnego nowotworu złośliwego 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