

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO CIN 2/3 DROGA LAPAROTOMII

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 dysplazji szyjki macicy stopnia średniego (CIN 2) / stopnia dużego (CIN3). 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 drogą laparotomii/poprzez otarcie jamy brzusznej/

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane u Pani leczenie operacyjne polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej całkowite wycięcia macicy z pozostawieniem lub nie przydatków. W trakcie operacji może zostać wykonane badanie histopatologiczne śródoperacyjne, które może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

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

Po wycięciu macicy kobieta przestaje miesiączkować. Następstwem wycięcia jajników u kobiet przed menopauzą jest niepłodność i pojawienie się objawów klimakterycznych mogących wymagać systematycznego podawania estrogenów/hormonów kobiecych/

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 uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu

-śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit

-niedrożności pooperacyjnej jelit

-krwotoku śródoperacyjnym

-wtórnym krwawieniu i/lub krwinkach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej /otwarcia jamy brzusznej/

-powstaniu przetoki dróg moczowych/przewodu pokarmowego np. pęcherzowo-pochwowej, odbytniczo-pochwowej

-zapaleniu otrzewnej

-powikłania zakrzepowo-zatorowych /tworzenie się skrzeplin 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.....
.....