



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: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO MIĘŚNIAKÓW MACICY DROGĄ LAPAROTOMII

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) mięśniaka/mięśniaków macicy. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują niezłośliwy charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego drogą laparotomii (poprzez otwarcie jamy brzusznej).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowane Pani leczenie operacyjne mięśniaków macicy polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i dokonaniu wyluszczenia mięśniaków, całkowitego wycięcia macicy lub amputacji trzonu macicy z pozostawieniem przydatków, albo amputacji trzonu macicy/wycięcia macicy wraz z przydatkami (jajniki i jajowody). W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Zabieg wykonywany jest w **znieczuleniu ogólnym (narkozie)**.

Podczas operacji lekarz:

1. Wykonuje **nacięcie powłok brzusznych** (zazwyczaj poprzeczne nad spojeniem łonowym lub pionowe w linii środkowej).
2. Uzyskuje dostęp do macicy i **usuwa mięśniaki** z jej ściany. Niekiedy konieczne jest wycięcie trzonu macicy lub całej macicy z jajnikami i jajowodami
3. Odtwarza warstwy mięśniowe macicy i kontroluje krwawienie.
4. W razie potrzeby zakłada dren w jamie brzusznej, a następnie zamyka powłoki brzuszne warstwowo.
5. Usunięte zmiany są **przesyłane do badania histopatologicznego**.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy leczenie operacyjne polegające na:

Laparotomii i wyluszczeniu mięśniaka/mięśniaków macicy*

Laparotomii i amputacji trzonu macicy z jajowodami/jajnikami*

Laparotomii i usunięciu macicy z jajowodami/jajnikami*

Celem planowanego zabiegu jest **usunięcie mięśniaków macicy** (łagodnych guzów rozwijających się w ścianie macicy), które powodują dolegliwości takie jak:

- obfite lub przedłużone krwawienia miesiączkowe,

*niepotrzebne skreślić



- bóle i uczucie ucisku w podbrzuszu,
- powiększenie obwodu brzucha,
- trudności z zajęciem w ciążę lub poronienia,
- ucisk na pęcherz moczowy lub jelita.

Zabieg ma na celu **usunięcie mięśniaków** i przywrócenie prawidłowej funkcji macicy lub — jeśli to konieczne — **usunięcie całej macicy** w przypadku rozległych zmian.

Oczekiwane korzyści obejmują: Ustąpienie lub zmniejszenie krwawień i bólów związanych z mięśniakami, usunięcie przyczyny dolegliwości uciskowych, zmniejszenie/eliminacja parcia na mocz, zmniejszenie/eliminacja parcia na stolec, poprawę samopoczucia i jakości życia, zapobieżenie dalszemu wzrostowi mięśniaków i konieczności kolejnych operacji.

(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 stosowania: (*niepotrzebne skreślić)

W pierwszych dniach po zabiegu odpoczywać, unikać wysiłku i dźwigania.

Rana pooperacyjna powinna być utrzymywana **czysta i sucha**.

Należy przyjmować przepisane leki (przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, antybiotyki).

Szwy usuwa się zwykle po **8–10 dniach**,

Unikać kąpieli w wannie, basenu i współżycia przez **6–8 tygodni**.

W razie gorączki, krwawienia, bólu lub sączenia z rany — **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 liczby i wielkości mięśniaków możliwe są inne formy leczenia:

- **leczenie farmakologiczne** (hormonalne, embolizacja tętnic macicznych),
- **leczenie małoinwazyjne** (laparoscopia, histeroscopia),
- **obserwacja i kontrole USG** – jeśli zmiany są niewielkie i nie dają objawów.

Decyzję o wyborze metody podejmuje lekarz wspólnie z pacjentką, uwzględniając wiek, plany rozrodcze i ogólny stan zdrowia.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 krwiakach 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 skrzeplin 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

Istnieje zwiększone ryzyko powikłań, takich jak:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej,
- niedrożności pooperacyjnej jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu otrzewnej,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- nietrzymaniu moczu,
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

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



Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali **Surgical Risk Scale (SRS)**:

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

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

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

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

Rezygnacja z zabiegu może prowadzić do:

- powiększania się mięśniaków,
- utrzymywania się lub nasilenia krwawień i anemii,
- nasilenie dolegliwości bólowych/parcia na mocz i stolec
- bólu i ucisku na sąsiednie narządy,
- trudności z zajściem w ciążę,
- w rzadkich przypadkach — ryzyka zmian nowotworowych.

(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. proponowanej operacji

MIĘŚNIAKÓW MACICY DROGĄ LAPAROTOMII

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji mięśniaków macicy drogą laparotomii,**

Laparotomii i wyluszczeniu mięśniaka/mięśniaków macicy*

Laparotomii i amputacji trzonu macicy z jajowodami/jajnikami*

Laparotomii i usunięciu macicy z jajowodami/jajnikami*

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 zaproponowanej operacji mięśniaków macicy drogą laparotomii.

Laparotomii i wyluszczeniu mięśniaka/mięśniaków macicy*

Laparotomii i amputacji trzonu macicy z jajowodami/jajnikami*

Laparotomii i usunięciu macicy z jajowodami/jajnikami*

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 zaproponowanej operacji mięśniaków macicy drogą laparotomii.

Laparotomii i wyluszczeniu mięśniaka/mięśniaków macicy*

Laparotomii i amputacji trzonu macicy z jajowodami/jajnikami*

Laparotomii i usunięciu macicy z jajowodami/jajnikami*

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 operacji mięśniaków macicy drogą laparotomii. 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 zaproponowanej operacji mięśniaków macicy drogą laparotomii** 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 sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji mięśniaków macicy drogą laparotomii.**

(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