



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 DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ i/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO NIEZŁOŚLIWYCH ZMIAN CHOROBYCH SZYJKI MACICY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) zmian chorobowych szyjki macicy:

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

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskanie materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu.

Zabieg polega na **chirurgicznym usunięciu lub pobraniu fragmentu zmienionej chorobowo części szyjki macicy** w celu potwierdzenia rozpoznania i/lub wyleczenia zmiany. Zabieg ten przeprowadza się w **krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym**.

Przebieg:

1. Po przygotowaniu pola operacyjnego lekarz uwidacznia szyjkę macicy przy pomocy wziernika.
2. W zależności od rozpoznania wykonuje:
 - **biopsję (pobranie wycinka)** w celach diagnostycznych,
 - **konizację szyjki macicy** – czyli wycięcie stożkowatego fragmentu tkanek obejmującego zmianę.
 - **Usunięcie zmiany na szyjce macicy, np. polip szyjki macicy**
3. W trakcie planowanego zabiegu może zachodzić potrzeba wyłyżeczkowania zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy po ewentualnym rozszerzeniu kanału szyjki macicy.
4. Zabieg przeprowadza się za pomocą:
 - pętli elektrycznej (metoda LEEP/LETZ),
 - skalpela chirurgicznego,
 - noża diatermicznego lub lasera – zależnie od wyposażenia i zaleceń lekarza.



5. Po usunięciu zmiany lekarz zabezpiecza naczynia krwionośne, tamuje ewentualne krwawienie.
6. Cały zabieg trwa około **10–20 minut**.

Usunięty materiał zostaje **przekazany do badania histopatologicznego**, które pozwala potwierdzić charakter zmian i skuteczność leczenia.

Celem proponowanej operacji jest **wczesne wykrycie lub wyleczenie zmian szyjki macicy**, zanim rozwiną się w poważniejsze choroby.

Oczekiwane korzyści z zabiegu:

Rozpoznawcze:

- uzyskanie materiału do badania histopatologicznego umożliwiającego postawienie dokładnej diagnozy przyczyn nieprawidłowego wyniku cytologii, krwawień lub obecności zmian na szyjce macicy.

Lecznicze:

- całkowite usunięcie zmian chorobowych (np. nadżerki, dysplazji, polipów),
- zapobieganie rozwojowi stanów przedrakowych lub raka szyjki macicy,
- ustąpienie nieprzyjemnych objawów – krwawień kontaktowych, bólu, wydzieliny,

(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 się do zaleceń:
Przez kilka dni po zabiegu może występować niewielkie plamienie lub brunatna wydzielina.

Należy unikać:

- współżycia płciowego,
- stosowania tamponów,
- kąpieli w wannie i korzystania z basenu – przez **2–3 tygodnie** lub do kontroli lekarskiej.

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

W razie gorączki, silnego bólu brzucha lub obfitego krwawienia należy **niezwłocznie skontaktować się z lekarzem**.

Wynik badania histopatologicznego będzie dostępny po ok. **4 tygodniach**.

Kontrola pooperacyjna odbywa się z wynikiem badania histopatologicznego lub zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: (**niepotrzebne skreślić*)

- **obserwacja i leczenie farmakologiczne** (np. globulki, leczenie przeciwzapalne, hormonalne),
- **leczenie niszczące** (np. krioterapia, laseroterapia, elektrokoagulacja),

**niepotrzebne skreślić*



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- **zaniechanie leczenia** – z ryzykiem progresji zmian lub przekształcenia w nowotwór.

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 jelita,
- 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.

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

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

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

*niepotrzebne skreślić



- nasilenia zmian chorobowych na szyjce macicy,
- utrzymywania się objawów (krwawienia, wydzieliny, bólu),
- opóźnienie/brak diagnostyki zmian przednowotworowych/nowotworowych
- progresja stanu przednowotworowego
- rozwinięcie nowotworu

w niektórych przypadkach – zagrożenia zdrowia i 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. proponowanej operacji DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO NIEZŁOŚLIWYCH ZMIAN CHOROBOWYCH SZYJKI MACICY

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki 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 zaproponowanej **diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki 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 zaproponowanej **diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki 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 diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki 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 zaproponowanej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki 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 sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki 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