

## Szpital Specjalistyczny Matoplat

### INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO

#### NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UŻYCIU TAŚM TYPU „TVT”, „IVS” LUB „TOT”

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI: .....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

#### **Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji**

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) .....

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej na charakter schorzenia wymagający leczenia operacyjnego.

#### **Metody leczenia operacyjnego**

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

Proponowane leczenie operacyjne nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przedłonowego (przez niewielkie nacięcie skóry sromu) lub załonowego (przez niewielkie nacięcie skóry nad spojeniem łonowym). Zabieg ten jest niekiedy łączony z plastyką przednią lub /i tylną pochwy, mającą na celu skorygowanie wypadania pochwy.

**Celem proponowanej operacji jest**.....

**Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują :** .....

#### **Dające się przewidzieć następstwa operacji**

#### **Możliwość wystąpienia powikłań**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub cewki moczowej
- 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 skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego

### **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: .....

### **Rozmowa z lekarzem**

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

### ***ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO***

### **Konieczność zmiany/ rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę 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.

### **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 wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z dr..... spełnione zostały wszelkie 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
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**1. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi informacji** zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne, lekarz może ograniczyć informację o stanie mego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym moje dobro (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

**2. Zapewniam, iż przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje** o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

**3. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejszej oświadczenie świadomie i swobodnie** tak co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia.

**Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego.....**

**oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia**

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo 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 albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu.....

.....