

Szpital Specjalistyczny Matopiat

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE
Diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego

NIEZŁOŚLIWYCH ZMIAN CHOROBOWYCH SZYJKI MACICY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:

NUMER HISTORII CHOROBY:

Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie).....

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

Metody leczenia operacyjnego

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:.....

Zabieg ten będzie polegał na:.....

W trakcie planowanego zabiegu może zachodzić potrzeba wyłuszczenia zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy po ewentualnym rozszerzeniu kanału szyjki macicy.

Zabieg ten przeprowadza się w krótkim dożylnym znieczuleniu ogólnym.

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może płynąć na zmianę zakresu operacji.

Celem 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.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelita
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo - zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego

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

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 LECZENI 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 niepomyślne, 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.....
.....

aktualizacja 30.03.2010.