

# Szpital Specjalistyczny Matopát

## INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE **WYŁYŻECZKOWANIA JAMY 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 wyłyżeczkowania jamy macicy.

### **Metody leczenia operacyjnego**

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

Proponowany Pani zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy.

Zabieg ten przeprowadza się w krótkim dożylnym znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanego zabiegu 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 jelit

- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo - zatorowych (tworzenie się skrzeplin 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 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:

- stanu mego zdrowia, 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, niedoświetła 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