



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W POSTACI WYCIĘCIA MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ**

Imię i nazwisko pacjentki																			
PESEL										Numer Księgi Głównej									

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

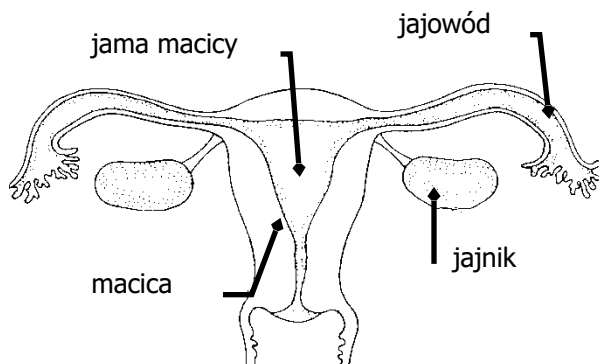
Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/istnieje u Pani podejrzenie*:

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują łagodny charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do wycięcia macicy drogą laparotomii (poprzez otwarcie jamy brzusznej).

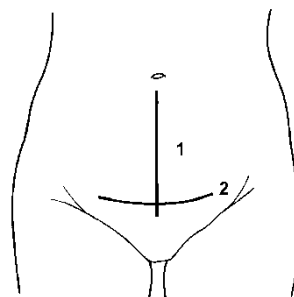
2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane Pani leczenie operacyjne polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i całkowitym wycięciu macicy. U PacjenteK w wieku około i pomenopauzalnym proponowane jest również jednoczesowe usunięcie obydwu przydatków. U PacjenteK w wieku rozrodczym decyzja o usunięciu przydatków podjęta zostanie po uzyskaniu wyniku histopatologicznego badania śródoperacyjnego, wskazującego na charakter guza (rozpoznanie nowotworu złośliwego). W uzasadnionych onkologicznie sytuacjach operacja powinna być również poszerzona o usunięcie sieci większej, węzłów chłonnych oraz wyrostka robaczkowego i/lub wyłonienie sztucznego odbytu.

Zaleca się profilaktyczne usunięcie jajowodów. Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym.



Ryc. 1. Schemat przedstawiający macicę z przydatkami.



Ryc. 2. Rodzaje cięć skóry z dostępu brzuszego.

W celu dokonania zaplanowanego zakresu operacji, w zależności od rozpoznania, zaawansowania choroby i chorób współistniejących, należy określić rodzaj cięcia skórniego. Do szycia skóry zastosować można wymagające usunięcia szwy pojedyncze lub rozpuszczalny szew śródskórny. Po szczegółowej analizie proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

Celem proponowanej operacji jest usunięcie macicy wraz ze zmianami chorobowymi.



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W POSTACI WYCIĘCIA MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ**

**3. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA
PODZAS 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.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Operacja wycięcia macicy jest zabiegiem nieodwracalnym. Konsekwencją jest brak miesiączek oraz całkowita utrata płodności. Po wycięciu jajników przed menopauzą następuje niedobór produkowanych przez

nie hormonów, czego konsekwencją może być konieczność stosowania przez Pacjentkę wieloletniej hormonalnej terapii zastępczej.

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

Ustąpienie dolegliwości oraz usunięcie zdiagnozowanych u Pani nieprawidłowości.

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Każda ingerencja chirurgiczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Dołożymy wszelkich starań by zapewnić pełen sukces zaplanowanego leczenia oraz minimalizację ewentualnych powikłań.

Powikłania związane z planowaną operacją mogą między innymi polegać na wystąpieniu:

- krwotoku śródoperacyjnego, krwawienia lub krwiaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej;
- zakażeniu układu moczowego, zaburzenia oddawania moczu, śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, przetoki dróg moczowych;
- śródoperacyjnego uszkodzenia jelit, przetoki jelitowej lub konieczności wyłonienia sztucznego odbytu, niedrożności pooperacyjnej jelit;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych, obrzęków limfatycznych;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej;
- dolegliwościach bólowych w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych;
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej.

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

c) SKUTKI ODLEGŁE

- Nieodwracalna utrata płodności.

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

Zależne od wskazań:

- operacja drogą laparoskopową,
- operacja drogą pochwową,
- próba usunięcia zmian z pozostawieniem macicy.

7. KONSEKWENCJE ODMOWY



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W POSTACI WYCIĘCIA MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ**

Utrzymywanie się dolegliwości z możliwym ich pogorszeniem.

8. 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 lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanego leczenia.
- Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.
- Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego wskazanego w punkcie 2 oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, jeśli będą ku temu wskazania w trakcie przeprowadzania operacji.
- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg operacyjny.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną(ej) zdolność(ci) do czynności prawnych.

Data oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data, godzina oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, godzina, podpis oraz pieczętka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

Data, podpis oraz pieczętka lekarza	
-------------------------------------	--