



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA  
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W PRZYPADKU PODEJRZENIA/ROZPOZNANIA  
NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

|                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko<br/>pacjentki</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |
| <b>PESEL</b>                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Numer Księgi<br/>Głównej</b> |  |

### 1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/istnieje u Pani podejrzenie nowotworu złośliwego\* .....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego. Proponujemy Pani operację, która pozwoli na usunięcie zmian nowotworowych, uzyskanie materiału do oceny histologicznej oraz ustalenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. W trakcie operacji może zaistnieć konieczność poszerzenia operacji o inne narządy zajęte przez proces nowotworowy (np. jelito, pęcherz moczowy).

Określony na podstawie wyniku histopatologicznego rodzaj nowotworu i zaawansowanie choroby mogą wymagać zastosowania leczenia uzupełniającego (np. chemioterapii i/lub radioterapii) po leczeniu operacyjnym.

### 2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

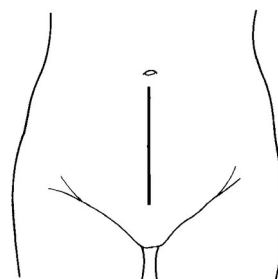
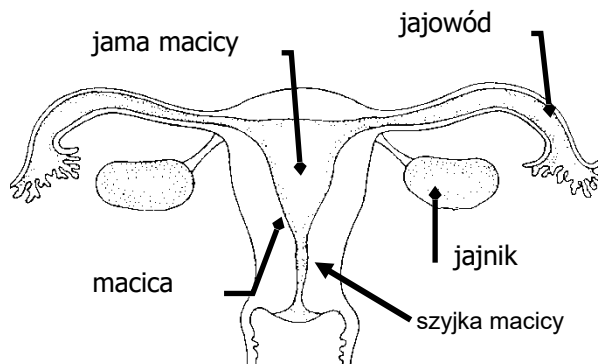
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, leczenie operacyjne polegać będzie na otwarciu jamy brzusznej (rodzaj cięcia skóry: Ryc.nr2), a następnie usunięciu macicy z/bez:

- ☐ jajnikami,
- ☐ jajowodami,
- ☐ przyległymi tkankami (przymacicza),
- ☐ węzłami chłonnymi,
- ☐ siecią większą.

W uzasadnionych przypadkach konieczne może okazać się wyłonienie sztucznego odbytu. Decyzja o realizacji zaplanowanego zakresu operacji i doszczętności usunięcia zmian nowotworowych zostanie ostatecznie podjęta w trakcie zabiegu operacyjnego. Planowany zabieg przeprowadza się go w znieczuleniu ogólnym.

Często konieczne jest zastosowanie po operacji drenów odprowadzających (z jamy brzusznej, pochwy) oraz utrzymanie cewnika w pęcherzu moczowym.

Na rycinie nr 1 przedstawiono położenie macicy i przydatków.



| Ryc. 2. Cięcie pośrodkowe z dostępem brzuszno.



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA  
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W PRZYPADKU PODEJRZENIA/ROZPOZNANIA  
NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

Ryc. 1. Schemat przedstawiający macicę z przydatkami.

Po szczegółowej analizie proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

.....

.....

Celem proponowanej operacji jest postawienie rozpoznania w oparciu o badanie histopatologiczne, ocena stopnia zaawansowania choroby, usunięcie zmian w największym możliwym zakresie zgodnie ze standardami obowiązującymi w leczeniu nowotworów złośliwych w onkologii ginekologicznej.

**3. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie 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 i łączy się z przerwaniem procedury onkologicznej, która powinna być wykonana jednocześnie. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

**4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

Operacja usunięcia narządów płciowych jest zabiegiem nieodwracalnym. Jej konsekwencją jest całkowita utrata płodności. W przypadku wycięcia jajników następuje niedobór produkowanych przez nie hormonów, czego konsekwencją może być konieczność stosowania przez Pacjentkę wieloletniej hormonalnej terapii zastępczej.

**a) OCZEKIWANE KORZYŚCI**

Leczenie operacyjne (maksymalnie radykalne) pozwala osiągnąć optymalne wyniki leczenia - daje szansę na wyleczenie.

**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, wtórnego krwawienia, krwaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji chirurgicznej;
- śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, infekcji układu moczowego, przetoki dróg moczowych;
- śródoperacyjnego uszkodzenia jelit, przetoki jelitowej lub konieczności wyłonienia sztucznego odbytu, niedrożności pooperacyjnej jelit;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych, powstaniu obrzęków limfatycznych;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej,,
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej.

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

**c) SKUTKI ODLEGŁE**

Najczęściej spotykane skutki odległe to:



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA  
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W PRZYPADKU PODEJRZENIA/ROZPOZNANIA  
NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

- bóle brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,

**d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:**

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

**5. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

**6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA**

Chemioterapia/radioterapia, w zależności od rozpoznania histopatologicznego.

**KONSEKWENCJE ODMOWY**

Zmniejszenie szans na skuteczne leczenie nowotworu złośliwego.

Progresja choroby nowotworowej.

**7. 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.

**8. 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 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



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI  
ul. Św. Jana 9  
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA  
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO W PRZYPADKU PODEJRZENIA/ROZPOZNANIA  
NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

Data, podpis oraz pieczęć  
lekarza

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

Data, godzina oraz podpis pacjentki  
lub przedstawiciela ustawowego

Data, godzina podpis oraz pieczęć  
lekarza

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

Data, podpis oraz pieczęć  
lekarza