



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO**

Imię i nazwisko pacjentki																			
PESEL												Numer Księgi Głównej							

1. RODZAJ SCHOROZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego:

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha poprzecznie ponad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem. Kolejnym etapem jest nacięcie mięśnia macicy i wydobywanie płodu (płodów) oraz łożyska, z następowym zeszcianiem mięśnia macicy oraz powłok brzucha. Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników ryzyka związanych z porodem drogami natury.

3. 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 później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebieg cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

a) SPODZIEWANE KORZYŚCI

Zmniejszenie ryzyka dla matki i dziecka związanego z przeciwwskazaniami do porodu drogami naturalnymi.

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:

- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy;
- wtórnym krwawieniu lub powstaniu krwiaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej;
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, niedrożności pooperacyjnej jelit;
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu, powstaniu przetoki dróg moczowych, zakażeniu dróg moczowych;
- wystąpieniu powikłań zakrzepowo-zatorowych;
- zapaleniu otrzewnej, zakażeniu rany pooperacyjnej, rozejściu rany pooperacyjnej;
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu;
- oparzeniu skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej.

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



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO**

c) SKUTKI ODLEGŁE

- Wytworzenie bliznowca lub powstanie endometriozy w bliźnie pooperacyjnej;
- Dolegliwości bólowe spowodowane utworzeniem zrostów w jamie brzusznej.

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:

- próba porodu drogami naturalnymi;
- operacyjny poród pochwowy (poród kleszczowy, wyciągacz próżniowy, pomoc ręczna);
- inne.....

7. KONSEKWENCJE ODMOWY

Zależne od wskazań:

- niedotlenienie płodu,
- uraz okołoporodowy u płodu,
- śmierć płodu,
- uszkodzenie narządów płciowych matki,
- przeniesienie patogenów (czynników chorobotwórczych) z matki na dziecko,
- pogorszenie współistniejących schorzeń u matki,
- zgon okołoporodowy rodzącej,
- inne.....

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 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.
- Znałam mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.
- Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie cięcia cesarskiego ze wskazań jak w punkcie 1 oraz na ewentualne rozszerzenie operacji, które okaże się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia lub innych powikłań.
- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg operacyjny.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną(ą) zdolność(ci) do czynności prawnych.



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO**

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.**

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	
--	--