



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO
HISTEROSKOPIA W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM**

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 niezłośliwy charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego metodą endoskopową.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

HISTEROSKOPIA W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM:

.....

Przebieg operacji: po podaniu leku znieczulającego (Bupiwakaina) przez sklepienia pochwy w okolicę szyjki macicy, histeroskop (urządzenie optyczne) wprowadza się przez pochwę i kanał szyjki macicy do jamy macicy w celu obejrzenia wnętrza jamy macicy. W przypadku stwierdzenia możliwych do usunięcia zmian, jednocześnie zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny. W trakcie operacji może Pani odczuwać lekki dyskomfort o charakterze bólu miesiączkowego. W przypadku nadmiernych dolegliwości bólowych operację możemy na każdym etapie przerwać i wykonać w innym terminie w znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanej operacji jest :

.....
.....

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

Przeprowadzenie operacji bez konieczności otwarcia jamy brzusznej, a w konsekwencji krótszy czas hospitalizacji i rekonwalescencji. Znieczulenie miejscowe ogranicza ryzyko znieczulenia dożylnego.

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (RYZYO OPERACJI)

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Dołożymy wszelkich starań by zapewnić pełen sukces zaplanowanego leczenia oraz minimalizację ewentualnych powikłań. Powikłania związane z planowaną operacją mogą między innymi polegać na wystąpieniu:



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO
HISTEROSKOPIA W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM**

- **śródooperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać laparoskopii / laparotomii (operacji brzusznej), zszycia macicy lub nawet jej wycięcia w przypadku krwotoku**
- krwotoku, krwawienia lub krwiaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej;
- zakażenia układu moczowego, śródooperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, przetoki dróg moczowych;
- śródooperacyjnego uszkodzenia jelit, przetoki jelitowej lub konieczności wyłonienia sztucznego odbytu;
- niedrożności pooperacyjnej jelit;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej;
- dolegliwości 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

Zależą od wskazań do operacji i jej zakresu. W Pani przypadku to:

.....

3. RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

☐ małe ☐ średnie ☐ duże

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

Badanie śródooperacyjne – w trakcie operacji może zostać wykonane śródooperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji **w tym konieczności otwarcia jamy brzusznej (laparotomia)**. 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.

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA: Histeroskopia w znieczuleniu ogólnym w sali operacyjnej.

7. KONSEKWENCJE ODMOWY Zależą od wskazań do operacji. W Pani przypadku konsekwencja to

.....



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO
HISTEROSKOPIA W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM**

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. 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 i 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 dotyczących 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 zaistnieją wskazania.
- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg operacyjny.

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

Nie zgadzam się na proponowane mi leczenie. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji.

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

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

Data, podpis oraz pieczęć lekarza	
-----------------------------------	--