



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE ENDOSKOPOWEGO LECZENIA OPERACYJNEGO - LAPAROSKOPIA**

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:

LAPAROSKOPIA -

Laparoskopia polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego i obejrzeniu narządu rodne (macicy, jajników i jajowodów) i sąsiednich narządów. Może zaistnieć potrzeba podania kontrastu przez pochwę, szyjkę macicy, jamę macicy i jajowody w celu sprawdzenia drożności. W przypadku stwierdzenia podczas laparoskopii zmian możliwych do usunięcia tą drogą zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy brzusznej macicy przez dodatkowe 1-3 trokary w kształcie rurek. Zabiegi te przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu endoskopowego może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

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.

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (RYZIKO 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 - LAPAROSKOPIA**

- krwotoku, krwawienia lub krwaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej;
- zakażenia układu moczowego, 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;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej;
- dolegliwości bólowych w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych;
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej;
- odmy;
- w operacjach z zastosowaniem materiałów syntetycznych dodatkowo mogą wystąpić powikłania takie jak:
 - zakażenie lub erozja tkanek w miejscu implantacji materiału syntetycznego;
 - bolesność przy wypróżnianiu, oddawaniu moczu, współżyciu;
 - zaleganie moczu;
 - konieczność usunięcia materiału syntetycznego w przypadku niespełnienia jego funkcji lub erozji.

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:

-zrosty otrzewnowe i w związku tym okresowe dolegliwości bólowe brzucha.

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 śródoperacyjne – w trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne 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

Operacja z otwarciem jamy brzusznej.

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 - LAPAROSKOPIA**

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.
- Znałam 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	
-----------------------------------	--