



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ POCHWOWĄ**

Imię i nazwisko pacjentki

PESEL

Numer Księgi
Głównej

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani:

- zaburzenia statyki narządów miednicy i/lub
- nietrzymanie moczu

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do leczenia operacyjnego drogą pochwową.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie proponujemy następujący zabieg operacyjny:

z zastosowaniem*

* dotyczy zastosowania materiału syntetycznego

Celem proponowanej operacji jest:

3. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie trudnych do przewidzenia okoliczności, wymagających zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także 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.

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Podczas zabiegu drogą pochwową może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

- Ustąpienie lub zmniejszenie nasilenia objawów związanych z zaburzeniami statyki narządów płciowych.
- Poprawa funkcji dróg moczowych oraz ustąpienie lub zmniejszenie dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu.



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ POCHWOWĄ**

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 lub krwiaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej;
- śródoperacyjnego uszkodzenia cewki moczowej, pęcherza moczowego lub moczowodu; zakażenia układu moczowego, zaburzeń funkcji pęcherza moczowego, zalegania moczu, przetoki dróg moczowych;
- śródoperacyjnego uszkodzenia jelit, niedrożności jelit, przetoki jelitowej;
- uszkodzenie nerwów i wystąpienie z tym związanego zaburzenia ich funkcji;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych, obrzęków limfatycznych;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej;
- dolegliwości bólowych w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych;
- zmianie jakości życia płciowego;
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej;
- erozji materiału syntetycznego;
- konieczność usunięcia materiału syntetycznego w przypadku niespełniania jego funkcji lub erozji.

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

c) SKUTKI ODLEGŁE

- stabilizacja narządów miednicy mniejszej
- ustąpienie dolegliwości
- poprawa jakości życia
-

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

- fizjoterapia,
- leczenie farmakologiczne,
- pessary (krążki dopochwowe)

7. KONSEKWENCJE ODMOWY

- Utrzymywanie się dolegliwości z możliwością ich nasilenia.
- Trudności w utrzymaniu higieny, częste infekcje, powstawanie odleżyn.

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



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ POCHWOWĄ**

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 zalecanego leczenia operacyjnego.
- 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:

.....
.....



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ POCHWOWĄ**

Data, podpis oraz pieczęć
lekarza