



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

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE MORCELACJI

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*:

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego przeprowadzanego z użyciem morcelacji.

2. METODA WYKORZYSTYWANA PODCZAS LECZENIA OPERACYJNEGO

Morcelacja - to inaczej wewnątrznaczyniowe rozfragmentowanie narządu, jego fragmentu, lub zmiany chorobowej w nim powstałej, celem wydobycia tkanek z jamy brzusznej metodą minimalnie inwazyjną; morcelacja umożliwia usunięcie macicy (histerektomia), usunięcie jajnika, usunięcie przydatka (jajnika wraz z jajowodem), lub wyluszczenie mięśniaka bez konieczności klasycznego, szerokiego rozcięcia brzucha w czasie zabiegu laparoskopowego.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA UŻYCIA MORCELACJI

- a) **oczekiwane korzyści** - przeprowadzenie zabiegu bez konieczności otwarcia jamy brzusznej, a w konsekwencji krótszy czas hospitalizacji i rekonwalescencji.
- b) **możliwość wystąpienia powikłań** - dołożymy wszelkich starań by zapewnić minimalizację ewentualnych powikłań; powikłania związane z planowanym zastosowaniem morcelacji mogą między innymi polegać na wystąpieniu:
- śródoperacyjnego uszkodzenia jelit lub narządów sąsiednich miejsca operacji, naczyń lub nerwów
 - wciągnięcie w morcelator otrzewnej ściennej czy innej tkanki w jamie brzusznej i w miednicy
 - wewnątrznaczyniowy rozsiew nowotworu jako następstwo rozdrobnienia tkanki niepodjęzewanego przed zabiegiem złośliwego nowotworu
 - wewnątrznaczyniowy rozsiew endometriozy, adenomiozy czy też atypowego rozrostu endometrium

c) **ryzyko wystąpienia powikłań:**

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia zastosowania proponowanej metody leczenia jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

6. KONSEKWENCJE ODMOWY

Konsekwencją odmowy jest zmiana zabiegu operacyjnego na inny typ – laparotomia z otwarciem jamy brzusznej.

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.



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE
MORCELACJI**

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

- Omówiłam z moim lekarzem zagrożenie związane z wykorzystaniem podczas zabiegu morcelacji. W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i uzyskałam w pełni satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące zastosowania w moim przypadku morcelacji oraz alternatywnych metod postępowania.

☐ Zgadzam się na przeprowadzenie morcelacji – w miarę możliwości w endobagu (specjalny worek przeznaczony do wewnątrzotrzewnowego rozfragmentowania i usuwania zmian patologicznych i narządów).

Zaznaczenie powyższej opcji wymaga również zaznaczenia jednej z poniższych opcji na wypadek gdyby przeprowadzenie morcelacji w endobagu nie było możliwe:

☐ Zgadzam się na przeprowadzenie morcelacji bez endobaga

☐ NIE zgadzam się na przeprowadzenie morcelacji

Może to skutkować większym nacięciem lub odstępniem od zabiegu na podstawie decyzji lekarza. Zwykle nacięcie przy morcelacji ma 12-16 mm średnicy. W zależności od wielkości usuwanej zmiany konieczne może być wykonanie większego nacięcia (do 10 cm).

- 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 przeprowadzeniem u mnie morcelacji.
- Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie morcelacji. Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany sposób postępowania.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną (ej) zdolność (ci) do czynności prawnych.

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

Nie zgadzam się na proponowany mi sposób leczenia z zastosowaniem morcelacji. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

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



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE
MORCELACJI**

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

.....

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