



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ LAPAROTOMII ZE WSKAZAŃ
GINEKOLOGICZNYCH**

Imię i nazwisko pacjentki																			
PESEL												Numer Księgi Głównej							

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI

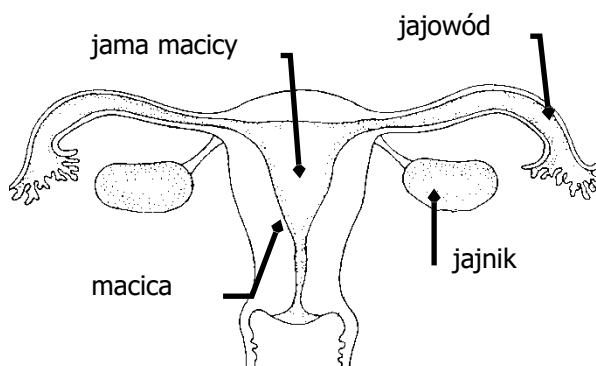
Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/istnieje u Pani podejrzenie*:

.....
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 drogą laparotomii (otwarcie jamy brzusznej).

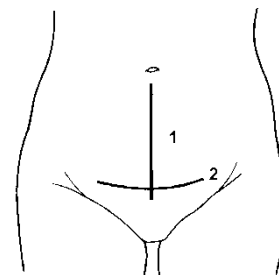
2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane Pani leczenie operacyjne polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej oraz:

.....
Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. W trakcie operacji możliwe jest wykonanie śródoperacyjnego badania histopatologicznego, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.



Ryc. 1. Schemat przedstawiający macicę z przydatkami.



Ryc. 2. Rodzaje cięć skóry z dostępu brzuszego.

W celu dokonania zaplanowanego zakresu operacji, w zależności od rozpoznania, zaawansowania choroby, wcześniejszego leczenia chirurgicznego, chorób współistniejących i stanu ogólnego organizmu, należy określić rodzaj cięcia skórniego (ryc.2). Do szycia skóry zastosować można wymagające usunięcia szwy pojedyncze lub rozpuszczalny szew śródskórny.

Po szczegółowej analizie proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

Celem proponowanej operacji jest:



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ LAPAROTOMII ZE WSKAZAŃ
GINEKOLOGICZNYCH**

**3. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS
JEGO TRWANIA**

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.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

- Usunięcie zmian chorobowych.
- Ustąpienie/ zmniejszenie nasilenia objawów i dolegliwości.
- Ustalenie ostatecznego rozpoznania histopatologicznego.
- Poprawa jakości życia.

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;
- zakażenia układu moczowego, zaburzeń oddawania moczu, zaburzeń funkcji pęcherza moczowego, śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, przetoki dróg moczowych;
- śródoperacyjnego uszkodzenia jelit, przetoki jelitowej, konieczności wyłonienia sztucznego odbytu, niedrożności pooperacyjnej jelit;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych, obrzęków limfatycznych;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej;
- dolegliwości bólowych w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych;
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej;
- konieczności usunięcia macicy (operacja wycięcia macicy jest zabiegiem nieodwracalnym - jej konsekwencją jest całkowita utrata płodności).

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

c) SKUTKI ODLEGŁE

Po wycięciu jajników następuje niedobór produkowanych przez nie hormonów, czego konsekwencją może być często konieczność stosowania przez Pacjentkę wieloletniej hormonalnej terapii zastępczej.

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ LAPAROTOMII ZE WSKAZAŃ
GINEKOLOGICZNYCH**

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ *duże* ☐ *średnie* ☐ *ograniczone*

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

7. KONSEKWENCJE ODMOWY

- Utrzymywanie się procesu chorobowego z możliwością progresji.
- Utrzymywanie się objawów i dolegliwości z możliwością ich nasilenia.
- W przypadku procesu nowotworowego odmowa leczenia może skutkować brakiem możliwości skutecznego leczenia w późniejszym czasie.
- Guzy jajników mogą prowadzić do upośledzenia ich funkcji.

8. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytała nas Pani 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 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 dotyczące informacji na temat 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 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



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO DROGĄ LAPAROTOMII ZE WSKAZAŃ
GINEKOLOGICZNYCH**

Data, podpis oraz pieczęć
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
pieczęć lekarza

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

Data, podpis oraz pieczęć
lekarza