



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO
ZMIAN CHOROBY SZYJKI MACICY, POCHWY, SROMU ORAZ JAMY MACICY**

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 diagnostyki zabiegowej (uzyskanie materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia*.

2. METODY DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ/LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

- ☐ biopsja lub usunięcie zmiany szyjki/pochwy/sromu;
- ☐ kolposkopia;
- ☐ skrobanie kanału szyjki macicy;
- ☐ skrobanie ścian jamy macicy;
- ☐ leep konizacja;
- ☐ konizacja chirurgiczna;
- ☐ inne:

Cel zabiegu: biopsja, usunięcie zmiany oraz weryfikacja histopatologiczna pobranego materiału.

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

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

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. 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.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA:

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

Usunięcie zmiany lub uzyskanie materiału do badania histopatologicznego.

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:

- uszkodzenia ciągłości ściany macicy, które może wymagać założenia szwów / wycięcia macicy;
- krwotoku śródoperacyjnego, wtórnego krwawienia lub krwiaków wymagających przetoczenia krwi i/lub interwencji chirurgicznej;
- śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego, moczowodu, jelita;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych, zakażenia narządów płciowych, zakażenia układu moczowego;
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej.

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

c) SKUTKI ODLEGŁE



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO
ZMIAN CHOROBOWYCH SZYJKI MACICY, POCHWY, SROMU ORAZ JAMY MACICY**

Imię i nazwisko pacjentki

Zabiegi na szyjce macicy mogą prowadzić do jej niewydolności szyjki w czasie ciąży.

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☐ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego jest w Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA

Brak.

7. KONSEKWENCJE ODMOWY

Odmowa wykonania zabiegu uniemożliwia wykonanie diagnostyki histopatologicznej oraz postawienie ostatecznego rozpoznania.

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/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 dotyczących proponowanego leczenia.
- Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.
- **Bez zastrzeżeń ZGADZAM SIĘ na przeprowadzenie u mnie następującego 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



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

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO
ZMIAN CHOROBY SZYJKI MACICY, POCHWY, SROMU ORAZ JAMY MACICY**

Imię i nazwisko pacjentki

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