

Szpital Specjalistyczny Matopiat

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO:

WYCIĘCIE MACICY DROGĄ BRZUSZNĄ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:.....

NUMER HISTORII CHOROBY:.....

Rodzaj schorzenia i wskazania do operacji

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie).....

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują łagodny charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na podstawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u pani wskazanie do leczenia operacyjnego drogą laparotomii (poprzez otwarcie jamy brzusznej).

Metody leczenia operacyjnego

Proponowane Pani leczenie operacyjne polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i dokonaniu całkowitego wycięcia macicy lub amputacji trzonu macicy (bez szyjki) z pozostawieniem przydatków, albo wycięcia macicy wraz z przydatkami (jajniki i jajowody). W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanej operacji jest:

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

Dające się przewidzieć następstwa operacji

Po wycięciu macicy kobieta przestaje miesiączkować. Następstwem wycięcia jajników u kobiet przed menopauzą jest niepłodność i pojawienie się objawów klimakterycznych wymagających systematycznego podawania estrogenów (hormonów kobiecych).

Możliwość wystąpienia powikłań

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnemu krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcie jamy brzusznej)
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo -pochwowej)
- powikłaniach zakrzepowo -zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego
- nietrzymaniu moczu
- bólach brzucha w wyniku powstawania zrostów pooperacyjnych
- pogorszeniu jakości życia płciowego

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

Rokowanie

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....

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 specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA
OPERACYJNEGO:.....

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.

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 mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

1. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi informacji zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie mego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym moje dobro (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

2. Zapewniam, iż przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

3. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejszej oświadczenie świadomie i swobodnie tak co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego.....

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu.....