

FORMULARZ ZGODY

Endoskopowe leczenie operacyjne (laparoscopia, histeroscopia).

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Histeroscopia, polega na wprowadzeniu przez pochwę i kanał szyjki macicy do jamy macicy urządzenia optycznego w celu obejrzenia wnętrza jamy macicy. W przypadku stwierdzenia podczas badania zmian możliwych do usunięcia tą drogą, zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy macicy kanałem roboczym histeroskopu.

Laparoscopia polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego i obejrzeniu narządu rodnego (macicy, jajników i jajowodów), jak również sąsiednich narządów. Może zaistnieć potrzeba podania kontrastu przez pochwę, szyjkę macicy, jamę macicy i jajowody, w celu sprawdzenia drożności. W przypadku stwierdzenia podczas laparoskopii zmian możliwych do usunięcia tą drogą, zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy brzusznej macicy przez dodatkowe 1-3 trokary w kształcie rurek.

Zabiegi te przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu endoskopowego może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....

Celem proponowanego zabiegu jest:

.....

III 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 (żeńskich hormonów płciowych).

IV 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 przetok jelitowych,
- niedrożności pooperacyjnej jelit,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ścian macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
- krwotoku śródoperacyjnym

Med-Polonia Sp. z o.o.

ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań, tel.: 61/ 66 43 300, fax: 61 66 43 300

biuro@medpolonia.pl

- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu otrzewnej,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,
- powstaniu odmy,
- zespole przewodnienia.

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

V 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:

.....
.....

VI 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 zatrudnionego w naszym Szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

VII 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.

VIII OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią

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 operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

W sposób świadomy i pełny wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie wyżej wymienionego zabiegu operacyjnego, w tym na towarzyszące zabiegowi procedury medyczne, oraz na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji z powodu wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
data, godzina

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji.

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

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....
.....

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
.....

.....
data, godzina

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/świadków

.....
podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

* niepotrzebne skreślić

*UWAGA: W przypadku osób do **16-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku **od 16-go do 18-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.