

## **FORMULARZ ZGODY**

### **Operacja nietrzymania moczu przy użyciu taśmy typu „TVTO”.**

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**

Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przezpochwowego (poprzez nacięcie śluzówki przedniej ściany pochwy) oraz nadłonowego (poprzez niewielkie nacięcia skóry nad spojeniem łonowym).

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....  
.....

Celem proponowanego zabiegu jest:

.....  
.....

### **III Dające się przewidzieć następstwa operacji**

Po operacji wszczepienia materiału syntetycznego (taśmy) spodziewanym efektem leczenia będzie poprawa zaburzeń oddawania moczu (wysiłkowe nietrzymanie moczu). Należy jednak pamiętać iż leczenie operacyjne, może przynieść całkowitą, częściową lub nieznaczłą poprawę odczuwanych dolegliwości.

### **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 cewki moczowej,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo - pochwowej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu pęcherza moczowego,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego.

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. 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 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 zataiłam żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.**

.....  
data

.....  
Podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

.....  
data

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

**Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego.**

.....  
(rodzaj zabiegu)

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.

**Oświadczam również, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.**

.....  
data Podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

.....  
data Pieczętka i podpis lekarza

---

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny:**

.....  
(rodzaj zabiegu)

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

.....  
data Podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

.....  
data Pieczętka i podpis lekarza

**Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:**

.....  
.....

.....  
data, godzina Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/świadków

.....  
Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego

**\*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.