

FORMULARZ ZGODY

Drobny zabieg drogą pochwową.

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

Proponowany Pani zabieg :

- wyłyżeczkowania jamy macicy polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy.
- zabieg elektrokonizacji szyjki macicy (LEEP) polega na elektrochirurgicznym (za pomocą pętli elektrycznej) wycięciu stożkowatego fragmentu szyjki macicy o wielkości około 1,5 cm. Elektrokonizacja szyjki macicy pozwala uzyskać wycinki do badania histopatologicznego, potwierdzającego dysplazję dużego stopnia, oraz wykluczenie ukrytych.

Zabiegi te przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

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 ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiniakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu 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
	 Pieczętka i podpis 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.