

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE PRZY
PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MACICY**

Imię i nazwisko pacjentki:

PESEL:

Nr księgi głównej:

WSTĘPNE ROZPOZNANIE WSKAZUJE U PANI NA:

.....

Wyniki badań wskazują na złośliwy charakter nowotworu, jednak pełne rozpoznanie ustalone zostanie na podstawie badania pooperacyjnego. Istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego. Rodzaj nowotworu i jego zaawansowanie wskazują na potrzebę operacji o szerokim zakresie z uwzględnieniem wszystkich zajętych i potencjalnie zajętych tkanek. Może zaistnieć konieczność uzupełniająca leczenie (radioterapia, chemioterapia).

1. METODY OPERACJI

Leczenie polegać będzie na otwarciu jamy brzusznej, usunięciu macicy z dwoma jajnikami, jajowodami, górnej części pochwy, dodatkowo może istnieć potrzeba usunięcia węzłów chłonnych. Decyzja o zakresie operacji może być podjęta w czasie jej trwania. Możliwe jest zastosowanie drenów.

Proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

.....

.....

Celem proponowanej operacji jest:

.....

.....

Alternatywne metody leczenia:

2. MOŻLIWE NASTĘPSTWA OPERACJI

Usunięcie macicy i jajników jest nieodwracalne, wywołuje brak miesiączki, niepłodność oraz niedobór hormonów u kobiet przed menopauzą. Każdy zabieg chirurgiczny obarczony jest ryzykiem powikłań, w tym ryzykiem:

- krwotoku,
- wtórnym krwawieniem do jamy brzusznej / powłok,
- koniecznością transfuzji krwi,
- koniecznością powtórnego otwarcia jamy brzusznej,
- uszkodzenia dróg moczowych i jelit.
- niedrożności jelit,
- zapalenia otrzewnej lub innej formie zakażenia,
- dolegliwości bólowych,
- nietrzymania moczu.

3. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji w Pani przypadku jest:
 duże średnie ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na operację rokowanie co do zdrowia w przyszłości jest:

.....

.....

4. ROZMOWA Z LEKARZEM

Proszę zapytać o wszystkie okoliczności dotyczące Pani leczenia w szpitalu.

W razie zastrzeżeń do planowanego leczenia operacyjnego proszę je wskazać:

.....

.....

5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY ZAKRESU OPERACJI W TRAKCIE JEJ TRWANIA

W razie trudnych i nieprzewidzianych okoliczności lekarz musiałby przerwać operację, by zapytać o zgodę na zmianę jej zakresu, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie zdrowotne. Proszę o wyrażenie zgody na zmianę zakresu operacji bez konieczności dodatkowego wybudzania i pytania.

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu i uzyskane w rozmowie z lekarzem. Zapewniono mi możliwość zadania pytań i uzyskania zrozumiałej odpowiedzi.

Po rozmowie z dr spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych metod diagnostyki i leczenia, możliwych konsekwencji leczenia, rokowania i wyników leczenia operacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania leczenia, bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie następującego zabiegu operacyjnego:

.....

.....
oraz zmian zakresu leczenia w jego trakcie.

Zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na leczenie operacyjne.

Zgadzam się na proponowane leczenie.

DATA, PODPIS PACJENTKI LUB OPIEKUNA	
DATA, PODPIS, PIECZĄTKA LEKARZA	

Podpisanie oświadczenia przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu:

.....

.....
data, podpis, pieczęć lekarza

Nie zgadzam się na proponowany zabieg operacyjny.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych skutkach tej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

DATA, PODPIS PACJENTKI LUB OPIEKUNA	
DATA, PODPIS, PIECZĄTKA LEKARZA	

