

**INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ  
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE  
diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego  
NIEZŁOŚLIWYCH ZMIAN CHOROBYWYCH SZYJKI MACICY**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI : .....

.....

NUMER HISTORII CHOROBY ..... ..

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI**

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

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskanie materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia.

**2. METODY DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ/LECZENIA OPERACYJNEGO**

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu: .....

.....

Zabieg ten będzie polegał na: .....

.....

W trakcie planowanego zabiegu może zachodzić potrzeba wyłuszczenia zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy po ewentualnym rozszerzeniu kanału szyjki macicy.

Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Celem proponowanego zabiegu jest .....

.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują : .....

.....

**3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

.....



## 8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w 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

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

<u>Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)</u> <u>zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego</u>		
..... (rodzaj zabiegu)		
<u>oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w</u> <u>trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty</u> <u>życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia</u>		
..... data	..... podpis lekarza	..... podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

<u>Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.</u> <u>Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla</u> <u>mojego zdrowia i życia.</u>		
..... data	..... podpis lekarza	..... podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

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

.....

