

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA  
OPERACYJNEGO MIĘŚNIAKÓW MACICY DROGĄ LAPAROTMII**

Imię i nazwisko pacjentki:

PESEL:

Nr księgi głównej:

WSTĘPNE ROZPOZNANIE WSKAZUJE U PANI NA:

.....

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie) mięśniaka/mięśniaki macicy. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują na niezłośliwy charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego drogą laparotomii (poprzez otwarcie jamy brzusznej).

**1. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

Proponowane Pani leczenie operacyjne mięśniaków macicy polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej i dokonaniu wyluszczenia mięśniaków, całkowitego wycięcia macicy lub amputacji trzonu macicy z pozostawieniem przydatków, albo wycięcia macicy wraz z przydatkami (jajniki i jajowody). W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. W razie potrzeby zabieg może obejmować operację na układzie pokarmowym lub moczowym (np. usunięcie części jelita).

Proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

.....

.....

Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanej operacji jest:

.....

.....

Alternatywne metody leczenia:

.....

.....

## 2. 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 (hormonów kobiecych).

## 3. 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 m. in. polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej,
- niedrożności pooperacyjnej jelit,
- 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 skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapaleniu otrzewnej,
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego,
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- nietrzymaniu moczu,
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych,
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

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

## 4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji w Pani przypadku jest:

[ ] duże

[ ] średnie

[ ] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest:

.....  
.....

## 5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Proszę zapytać o wszystkie okoliczności dotyczące Pani leczenia w szpitalu.

W razie zastrzeżeń do planowanego leczenia operacyjnego proszę je wskazać:

.....  
.....

## 6. 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.

## 7. 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, pieczętka 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	

