

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA
OPERACYJNEGO ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
DROGĄ POCHWOWĄ**

Imię i nazwisko pacjentki:

PESEL:

Nr księgi głównej:

WSTĘPNE ROZPOZNANIE WSKAZUJE U PANI NA:

.....

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani zaburzenia statyki narządów miednicy, które spowodowało obniżenie lub wypadanie narządów płciowych układu rodneg (macicy i ścian pochwy). Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do leczenia operacyjnego drogą pochwową.

1. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Leczenie operacyjne wypadania narządów płciowych droga pochwową polega na chirurgicznej korekcie struktur anatomicznych dna miednicy, pochwy i krocza z ewentualnym usunięciem części lub całości narządu rodneg. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. W trakcie operacji istnieje możliwość wprowadzenia sztucznych materiałów medycznych (siatka, taśma) w operowanym rejonie.

Proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

.....
.....

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),
- 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,
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

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

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	

