

INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ  
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO  
PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO 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).....

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na złośliwy charakter nowotworu jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego. W Pani przypadku proponujemy operację, która pozwoli na uniknięcie dalszego rozprzestrzeniania się choroby. Rodzaj choroby i jej zaawansowanie zmuszają do przeprowadzenia u Pani operacji o szerokim zakresie, podczas której podjęta zostanie próba usunięcia wszystkich zajętych przez proces chorobowy tkanek. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Po zabiegu operacyjnym konieczne będzie prawdopodobnie dalsze leczenie onkologiczne w postaci naświetlań (radioterapia) lub/i leczenia lekami przeciwnowotworowymi (chemioterapia).

**2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, leczenie operacyjne polegać będzie na otwarciu jamy brzusznej a następnie usunięciu całej macicy ewentualnie razem z przyległymi tkankami (przymacicza) oraz dwoma jajnikami i jajowodami. Dodatkowo może istnieć potrzeba usunięcia węzłów chłonnych w celu określenia zaawansowania choroby i zaplanowania przyszłego leczenia onkologicznego. Planowany zabieg jest bardzo rozległy – przeprowadza się go w znieczuleniu ogólnym. Decyzja o realizacji zaplanowanego zakresu operacji i doszczętności usunięcia zmiany chorobowej zostanie ostatecznie podjęta po otworzeniu jamy brzusznej i określeniu relacji ryzyka do korzyści planowanych do wykonania procedur operacyjnych. Będzie konieczne zastosowanie po operacji drenów odprowadzających (z jamy brzusznej i pochwy) oraz cewnika w pęcherzu moczowym. Pooperacyjny pobyt w szpitalu będzie dłuższy niż przeciętnie.

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





Celem proponowanej operacji jest .....

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

### 3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po wycięciu macicy kobieta przestaje miesiączkować i staje się bezpłodna. Nastęstwem wycięcia jajników u kobiet przed menopauzą może być pojawienie się objawów klimakterycznych.

### 4. 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 pęcherza moczowego lub moczowodu
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej)
- 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 skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- powstaniu obrzęków limfatycznych
- 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, jakkolwiek częściej niż po innych operacjach ginekologicznych.

### 5. 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: .....

### 6. 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 i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

**ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**

.....  
.....  
.....  
**7. 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.

**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.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)  
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego



.....  
(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okazały się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.  
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla  
mojego zdrowia i życia.

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

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



