

**INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ  
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE  
WYŁYŻECZKOWANIA JAMY 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 wyłyżeczkowania jamy macicy.

**2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

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

..... Proponowany Pani zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy.

Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanego zabiegu jest .....

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

**3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

**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 ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjnym uszkodzeniu 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)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
  - zapaleniu pęcherza moczowego

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

#### 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 okaza 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 .....



.....  
imię i nazwisko pacjentki  
.....

Szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty, acinetobakter, klebsiella, pałeczka okrężnicy i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem się rany pooperacyjnej, jej ropieniem czy innymi stanami zapalnymi a także długotrwałą antybiotykoterapią.

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo prawnego opiekuna