



**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE
DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO ZMIAN W OBRĘBIE KROCZA
I POCHWY**

I. DANE PACJENTKI

Imię i nazwisko

PESEL* Data ur. / / Płeć M K

Adres

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej

Lekarz prowadzący

**II. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA
OPERACYJNEGO**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani

.....
.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego.

III. METODY DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg

.....
.....

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Celem proponowanej operacji jest

.....
.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują :

.....
.....

**IV. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA
OPERACYJNEGO**

Wycięcie miejscowe zmian w obrębie krocza/pochwy nie powoduje skutków ogólnoustrojowych.

V. 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
- 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.

VI. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego jest w Pani przypadku (*właściwie zaznaczyć*):

duże *średnie* *ograniczone*

VII. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

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

.....
.....

VIII. 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. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEJ DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....
.....

IX. 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.

X. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z 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.

XI. ZGODA NA TRANSFUZJE KRWI

Informuję, że na dokonanie transfuzji krwi.

(wypełnia pacjentka wpisując: wyrażam zgodę lub nie wyrażam zgody)

Możliwe powikłania (wczesne i późne): odczyny: hemolityczny (immunologiczny i nieimmunologiczny), gorączkowy, alergiczny; ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc (TRALI), niewydolność oddechowa, zakażenia (w tym: kiła, HIV, malaria, WZW, CMV), sepsa, przeciężenie układu krążenia (TACO), zator materiałem skrzepinowym lub powietrzny, ostry incydent niedokrwienny (zwłaszcza serce, OUN, kończyny, krezka), hipotensja, plamica poprzetoczeniowa małopłytkowa, koagulopatia, hiperkalemia, hipokalcemia, hypersyderemia, zgon.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjentki

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)

zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego

.....
(rodzaj zabiegu)

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

.....
data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

