



## **INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO WYCIĘCIA ENDOMETRIOZY**

### **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 ZABIEGU**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie):

.....  
.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do wycięcia endometriozy.

### **III. METODY LECZENIA**

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

.....  
Proponowany Pani zabieg polega na wycięciu endometriozy.

Celem proponowanego zabiegu jest .....

.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują :

.....  
.....

### **IV. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

.....  
.....

### **V. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem. Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- uszkodzeniu jelit

- krwotoku
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo - zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany
- zapaleniu pęcherza moczowego.

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

## VI. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pani przypadku (*właściwie zaznaczyć*):

*duże*                     *średnie*                     *ograniczone*

## VII. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Jeżeli nie wyrazi Pan/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 PROPONOWANEGO LECZENIA**

.....  
 .....

## IX. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i 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:

- rozpoznanie
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia
- rokowania
- ewentualnego dalszego leczenia

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, przeciążenie 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 następującego zabiegu**

.....  
(rodzaj zabiegu)

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

.....  
data Pieczętka i podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

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

.....  
data Pieczętka i podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

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

.....  
.....

*\*) W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*