



.....
Pieczęćka oddziału

INFORMACJE DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA ZMIAN CHOROBYWYCH SZYJKI MACICY

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 diagnostyki zabiegowej (uzyskaniemateriału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia tego schorzenia.

III. METODY DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

.....
.....

Zabieg ten będzie polegał na:

.....
.....

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 jelita
- krwotoku
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu
- 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 WYSTĘPUJĄCEGO 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 i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg 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/nie zataiłem 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 udzielone odpowiedzi i wyjaśnienia 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
- rokowania
- ewentualnego dalszego leczenia

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem

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): odczyn: 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 skrzeplinowym 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
utruty 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*