



## INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU/OPERACJI CHIRURGICZNEGO OPRACOWANIA ROPNIA GRUCZOŁU BARTHOLINA

### I. DANE PACJENTKI

Imię i nazwisko .....

PESEL\*                      Data ur.   /   /      Płeć  M  K

Adres .....

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej .....

Lekarz prowadzący .....

### II. RODZAJ SCHORZENIA

Ropień gruczołu Bartholina

**Alternatywne metody leczenia rozpoznanego schorzenia** - obserwacja , antybiotykoterapia.

### III. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego brak ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Ryzyko związane z operacją zawsze istnieje i zależy od bardzo wielu czynników, w tym wybranej metody, stanu Pani zdrowia, stopnia zaawansowania Pani choroby. Poważne powikłania zdarzają się względnie rzadko.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- nieprawidłowym gojeniu się rany,
- niepożądany efekt kosmetyczny okolicy operowanej,
- powikłaniach zakrzepowych,
- zapalenie żył,
- zakażenie miejscowe rany powierzchowne lub głębokie,
- uogólnione zakażenie, zapalenie pęcherza i/lub dróg moczowych i inne

### IV. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku (*właściwie zaznaczyć*):

*duże*                       *średnie*                       *ograniczone*

### V. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Jeśli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowania co do stanu zdrowia w przyszłości są następujące:

- dalszy wzrost ropnia ,
- dolegliwości bólowe,
- samoistne pęknięcie ropnia

## VI. 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 OPERACYJNEGO

## VII. 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 takżei 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.

## VIII. 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.

## IX. 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 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

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.**  
**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*