

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI : .....

NUMER HISTORII CHOROBY : .....PESEL.....

**1. 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.

**2. METODY LECZENIA**

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

.....  
Proponowany Pani zabieg polega na wycięciu endometriozy. Zabieg ten przeprowadza się w 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. 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 skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany
- zapaleniu pęcherza moczowego.

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

**5. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pani przypadku:

*duże*             *średnie*             *ograniczone*

**6. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA**

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

**7. 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**

**8. 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 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.

**9. 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 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

-rokowania

-ewentualnego dalszego leczenia

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

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

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

podpis lekarza

podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu