



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

WYŁYŻECZKOWANIE KANAŁU
SZYJKI MACICY I JAMY MACICY

PG/I03/F16

str.1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU

WYŁYŻECZKOWANIA KANAŁU SZYJKI I JAMY MACICY

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 wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy.

2. METODY LECZENIA

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

Proponowany Pani zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy.

Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanego zabiegu jest: jest uzyskanie materiału do badania mikroskopowego celem postawienia diagnozy

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Wyłyżeczkowanie kanału szyjki jamy macicy najczęściej nie niesie za sobą trwałych niekorzystnych następstw.

4. 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:

- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać laparoskopii lub laparotomii celem przeciwdziałania krwawienia lub nawet usunięcia macicy
- krwotoku
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu miejscowym jamy macicy
- zapaleniu pęcherza moczowego

w wyjątkowych wypadkach:

- uszkodzeniu pęcherza moczowego
- uszkodzeniu jelit

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

tu przytwierdzić formularz

5. 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 naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

.....
.....
zastrzeżenia pacjentki co do proponowanego leczenia operacyjnego

6. 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.

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w 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.

Bez zastrzeżeń* / z powyższymi zastrzeżeniami* zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego:

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

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

* niepotrzebne skreślić