INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI: .....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego:

.....

.....

2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIĄŻY

Ciecie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha nad spojeniem tonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszycie mięśnia macicy oraz powłok brzucha. Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników związanych z porodem drogami natury

.....

.....

Alternatywne metody leczenia:

.....

.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebycie cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu stosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.
Powikłania związane z tą operacja mogą miedzy innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-macicznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

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

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w pani przypadku:
☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Jeżeli nie wyrazi pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....

.....

.....

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytała nas pani 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 ODNOŚNIE DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....
.....
.....

7. 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 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.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem.
Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania 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 .....
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 (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 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 oraz zdrowia i życia dziecka**

.....

data podpis lekarza podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....
.....
.....