INFORMACJA DLA PACJENTKI
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE ZABIEGOWE

Imię i nazwisko pacjentki: .....
Numer historii choroby .....

RODZAJ SCHORZENIA I WSAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani(istnieje podejrzenie)
.....
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieje u Pani wskazanie do diagnostyki zabiegowej czyli uzyskanie materiału do badań mikroskopowych.

METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane leczenie zabiegowe polega na .....
.....
Zabieg może zostać rozszerzony o dodatkową procedurę która okaże się konieczna w trakcie zabiegu(np. wyłyżeczkowanie macicy).
Zabieg będzie wykonany w krótkim znieczuleniu ogólnym.
Ceiem zabiegu jest .....
.....
Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: .....
.....

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI
.....
.....

Możiliwości wystąpienia powikłań.
Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz braku ryzyka operacyjnego. Powikłania związane z tego rodzaju zbiegiem polegają na;
- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać usunięcia macicy lub uszkodzeniu pęcherza moczowego,
- krwotoku śródoperacyjnego, lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi lub ponownej interwencji chirurgicznej (otwarcie jamy brzusznej),
- powikłań zatorowo-zakrzepowych (tworzenie skrzeplin i zatkanie światła naczyń),
- zapaleniu otrzewnej, zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego,
- zaburzeniu w opróżnianiu pęcherza moczowego,
- bólach brzucha.
- pogorszeniu jakości życia płciowego.

Inne ciężkie powikłania zagrażające życiu zdarzają się bardzo rzadko

ROKOWANIE
Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:
duże średnie ograniczone
Jeśli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg operacyjny to rokowanie co do dalszego stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: .....
.....

Rozmowa z lekarzem
Prosimy, aby Pani zapytała lekarza o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowaną operacją.
Zastrzeżenia pacjentki, co do proponowanego leczenia zabiegowego: .....
.....
.....

KONIECZNOŚĆ ROZSZERZENIA ZABIEGU PODCZAS JEGO TRWANIA.

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia zakresu operacji. Prosimy o wyrażenie zgody na takie postępowanie, bowiem brak takiej akceptacji z Pani zmusza lekarza do przerwania operacji oraz ponownego znieczulenia co stanowi dodatkowe obciążenie dla Pani organizmu.

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 sie z treścią tego formularza i rozmowie z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat :
- rozpoznania
- propnowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczenia
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
-rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane są mi możliwe powikłania związane z rym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się
na proponowany zabieg .....
.....
oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
data podpis pacjentki podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na operację. Zostałam poinformowana o możliwości negatywnych skutków podjętej decyzji dla mojego zdrowia i życia.
Data..... Podpis pacjentki .....

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwy z powodu .....
.....