INFORMACJA DLA PACJENTKI
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE ZABIEGOWE

Imię i nazwisko pacjentki: .....

Numer historii choroby: .....

RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA 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.

Celem zabiegu jest .....

.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: .....

.....

DAJĄCE SIE PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

.....

.....

Możliwości 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 nic 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 chciała by 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,
- proponowanych 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 .....

.....

z. 2641/2018 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl