



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

**PR5\_PJ16\_F59**

## **ZGODA NA ZAŁOŻENIE SZWU OKRĘŻNEGO NA SZYJKĘ MACICY DROGĄ POCHWOWĄ**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

### **1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

### **2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy jest operacyjną metodą leczenia zapobiegającą w zależności od sytuacji klinicznej poronieniu lub porodowi przedwczesnemu. Zabieg ten polega na założeniu szwu okrężnego z nici chirurgicznej niewchłanialnej na część pochwową szyjki macicy.

### **3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Celem zabiegu jest zachowanie i donoszenie ciąży. Wskazania dzieli się na profilaktyczne: dane z wywiadu wskazujące na zwiększone ryzyko poronienia lub porodu przedwczesnego i terapeutyczne: przedwczesne rozwieranie się szyjki macicy, stwierdzenie wypuklania się błon płodowych do kanału szyjki macicy

### **4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania**

Celem przygotowania do zabiegu konieczne jest wykonanie posiewu z pochwy. Ewentualne zakażenie pochwy leczy się antybiotykiem. Konieczne jest także wykonanie USG przezpochwowego celem uwidocznienia części pochwowej i oceny wskazań. Zabieg wykonuje się po wcześniejszym znieczuleniu przez anestezjologa. Srom oczyszcza się płynem dezynfekcyjnym i zakłada wzierniki pochwowe. Po ukończeniu zabiegu konieczna jest dalsza hospitalizacja celem obserwacji.

### **5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem**

Możliwe rzadkie powikłania: przedwczesne pęknięcie błon płodowych, śródporodowy uraz szyjki macicy, spężnienie szwu, krwawienie z dróg rodnych, zakażenie płodu/matki.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia

W przypadku zaniechania leczenia istnieje zwiększone ryzyko poronienia lub porodu przedwczesnego.

## 7. Alternatywnych metodach leczenia

Alternatywą dla szwu na część pochwową jest pessar położniczy lub metody farmakologiczne.

## 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Zakażenie pochwy, czynność skurczowa macicy, odptywanie płynu owodniowego, zaburzenia krzepnięcia, łożysko przodujące, krwawienie z dróg rodnych, śmierć płodu.

## 9. Uwagi

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na badanie/zabieg**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ\* na badanie/zabieg**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* zaznacz właściwie

\*\* pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>