



**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\_F68**

**ZGODA NA LECZENIE ZABIEGOWE ZMIAN W OBRĘBIE KROCZA I/LUB POCHWY**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

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

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani:

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego.

**2. Metody diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego**

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Podczas zabiegu może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Celem proponowanej operacji jest:

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują :

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

### 3. Dające się przewidzieć następstwa diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego

Wycięcie miejscowe zmian w obrębie krocza/pochwy nie powoduje skutków ogólnoustrojowych.

### 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:

- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (ponowne opracowanie rany krocza/pochwy; drenaż)
- zakażeniu rany pooperacyjnej, aż do ropnia z koniecznością drenażu i antybiotykoterapii
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej)
- śródooperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu ( w przypadku zmian pochwy)
- śródooperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepelin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego
- nietrzymaniu moczu
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych
- pogorszeniu jakości życia płciowego

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

### 5. Rokowanie

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego jest w Pani przypadku:

duże     średnie     ograniczone

### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia:

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

### 7. 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 naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEJ DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ I/LUB LECZENIA OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## 8. 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.

## OŚWIADCZENIE PACJENTKI

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam 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 nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

uzyskałam informacje na temat rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych

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 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 poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

**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 właściwe

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

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

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