



**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_F60

ZGODA NA ZABIEG WYŁYŻECZKOWANIA JAMY MACICY

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 (istnieje u Pani podejrzenie):

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do wyłyżeczkowania jamy macicy.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:
wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.

Proponowany Pani zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy. Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

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

Celem proponowanego Pani zabiegu jest opróżnienie jamy macicy i/lub przerwanie nadmiernego krwawienia z macicy oraz pobranie materiału z jamy macicy do badania histopatologicznego.

Rokowanie i dalsze postępowanie zależy od przebiegu zabiegu i wyniku badania histopatologicznego.

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

Przed zabiegiem zostanie przeprowadzony wywiad, badanie ginekologiczne i konsultacja anestezjologiczna. Należy pozostać na czczo do zabiegu. Zabieg przeprowadzony będzie w znieczuleniu ogólnym dożylnym, w asyście zespołu anestezjologicznego. Po zabiegu i znieczuleniu przez dwie godziny należy pozostać na czczo.

5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem wyłyżeczkowania. Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej))
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego

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

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia

Utrzymywanie się lub nasilenie dolegliwości i/lub objawów klinicznych będących wskazaniem do zabiegu. Brak weryfikacji histopatologicznej może opóźnić rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów narządu rodne.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

Postępowanie zachowawcze w niektórych, wybranych sytuacjach klinicznych.

8. Uwagi:

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,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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 przyjąłem 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 zostałem poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

<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 właściwe

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

Zgoda na zabieg wyłożeczkowania jamy macicy

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>