



**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\_F58**

## **ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE / POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE**

### **OPERACJA CESARSKIEGO CIĘCIA**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

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

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono następujące wskazania do operacyjnego ukończenia ciąży metodą cięcia cesarskiego:

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

Cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha poprzecznie ponad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszyście mięśnia macicy oraz powłok brzucha.

#### **3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia cesarskiego cięcia, rokowaniach.**

Celem proponowanej operacji jest urodzenie noworodka/ noworodków z pominięciem ryzyka związanego z porodem drogami natury.

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest :

duże       średnie       ograniczone

#### **4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu cesarskiego cięcia**

Ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich i pielęgniarskich.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodów
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięciu macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstawaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo – macicznej)
- powikłaniach zakrzepowo – zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapalenie otrzewnej
- zakażenie rany pooperacyjnej
- zapalenie pęcherz moczowego
- powstawaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu

Powikłania dla noworodka dotyczące głównie noworodków urodzonych w wyniku planowych cięć cesarskich (wykonywanych bez czynności skurczowej macicy):

- noworodek urodzony cięciem cesarskim bardzo często wykazuje zaburzenia adaptacyjne pod postacią:
  - zaburzeń oddychania,
  - zaburzeń termoregulacji;
- cięcie cesarskie jest przyczyną trudności w karmieniu piersią – częściej występują problemy ze ssaniem;
- następuje także opóźniony kontakt z dzieckiem zaraz po narodzinach;
- nieprawidłowa kolonizacja przewodu pokarmowego noworodka zwiększa predyspozycje do chorób cywilizacyjnych oraz infekcji w wieku późniejszym;
- noworodki urodzone drogą cięcia cesarskiego są narażone na częstsze występowanie astmy, alergii, otyłości, zaburzenia w zakresie motoryki, mają problemy ze samo uspokajaniem, mogą być nadmiernie drażliwe i podlegać nagłym wybuchom złości;
- często występuje u nich duża labilność emocjonalna oraz problemy z zasypianiem i częste wybudzenia w nocy.

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

## 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia

W przypadku niewykonania zabiegu cesarskiego cięcia rokowanie co do Pani stanu zdrowia i stanu dziecka/ dzieci w przyszłości jest następujące:

## 7. Alternatywnych metodach leczenia.

## 8. Przeciwwskazaniach do wykonania operacji cesarskiego cięcia.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## 9. 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/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 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 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 operację - cesarskie cięcie\***

<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>