



**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\_F57**

**ZGODA NA ZABIEG NACIĘCIA KROCZA**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

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

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

Nacięcie krocza jest zabiegiem położniczym, stosowanym w trakcie porodu drogami natury, polegającym na nacięciu jałowymi nożyczkami ściany pochwy, mięśnia opuszkowo gąbczastego i poprzecznego powierzchownego krocza, a także skóry w celu ochrony przed samoczynnym pęknięciem krocza i urazem główki płodu.

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

Najważniejszym celem nacięcia jest ochrona mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu, którego pęknięcie jest częstym powikłaniem porodu dużego dziecka lub małej podatności tkanek miękkich. Redukuje również częstość innych urazów okołoporodowych u dziecka m. in. złamania obojczyka, porażenia splotu ramiennego. Nacięcie krocza pozwala na skrócenie czasu wydobywania płodu drogą pochwową w przypadku ostrego stanu zagrożenia płodu.

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

Przed nacięciem krocza wykonuje się znieczulenie miejscowe krocza. Po urodzeniu płodu i popłodu krocze zostaje zszyte.

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

Do możliwych powikłań należą: wzrost utraty krwi, infekcje, opuchlizny i stany zapalne krocza, silniejszy i dłuższy ból okolicy krocza, osłabienie mięśni dna miednicy. Do bardzo rzadkich powikłań należy samoczynna kontynuacja pęknięcia w miejscu nacięcia skutkująca uszkodzeniem mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu lub całkowitym

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

przerwaniem ciągłości odbytu, zwiększenie bólu w czasie stosunku i zmniejszenie nawilżania w okresie 12-18 miesięcy po porodzie.

## 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia

Do możliwych skutków zaniechania nacięcia krocza należy uszkodzenie mięśnia zewnętrznego odbytu, przedłużenie II okresu porodu i związane z tym zwiększenie prawdopodobieństwa niedotlenienia płodu.

## 7. Alternatywnych metodach leczenia.

Alternatywą do nacięcia krocza jest próba ochrony krocza.

## 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Brak zgody pacjentki na nacięcie krocza, rozległe żylaki i zmiany zapalne.

## 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/tam 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 nieprzestrzeżenie 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 właściwie

\*\* 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>