



**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_F19

ŚWIADOMA ZGODA NA REOPERACJE

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

Relaparotomia/ relaparoskopia jest wskazana w moim przypadku w związku z rozpoznaniem:

Celem zabiegu jest diagnostyka i/lub leczenie występujących nieprawidłowości, w tym usunięcie źródła powikłań, zapobieganie dalszym konsekwencjom zdrowotnym i poprawa mojego stanu klinicznego.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

Leczenie operacyjne może obejmować:

- 1) usunięcie źródła powikłań (np. perforacja narządu, ropień, krwawienie wewnętrzne, niedrożność jelit)
- 2) kontrola hemostazy
- 3) zastosowanie drenażu lub innych metod chirurgicznych jamy brzusznej.

Alternatywą może być leczenie zachowawcze, jednak jego skuteczność w moim przypadku jest ograniczona.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg

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

Relaparotomia/ relaparoskopia jest zabiegiem inwazyjnym i może wiązać się z:

- poprawą stanu zdrowia oraz eliminacją przyczyny obecnych dolegliwości,
- koniecznością dalszej opieki pooperacyjnej i rehabilitacji.

Rokowanie zależy od przyczyny relaparotomii/ relaparoskopii, ogólnego stanu zdrowia oraz przebiegu zabiegu. W przypadku powodzenia operacji oczekuje się poprawy stanu zdrowia. Jednak istnieje ryzyko przedłużonego leczenia lub trwałych konsekwencji zdrowotnych.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

4. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem

Jestem świadoma, że podczas lub po zabiegu mogą wystąpić powikłania, takie jak:

- 1) zakażenia rany pooperacyjnej, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny.
- 2) rozejście się szwów,
- 3) uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu
- 4) uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- 5) uszkodzeniu jelit
- 6) powikłaniach zakrzepowo -zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- 7) powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja,krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- 8) powikłania ze strony układu krążenia – niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- 9) niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące;
- 10) alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- 11) zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- 12) powstanie zrostów wewnątrzbrzusznych z następowymi bólami brzucha

W skrajnych przypadkach powikłania mogą prowadzić do zagrożenia życia i zgonu

5. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Zaniechanie leczenia może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, w tym do:

- 1) postępujących powikłań, takich jak zakażenie, sepsa czy niewydolność narządowa,
- 2) nieodwracalnych uszkodzeń narządów,
- 3) krwawienia
- 4) zagrożenia życia, aż do zgonu włącznie

6. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta) za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

7. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

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,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y 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 przeprowadzenie proponowanej operacji

<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>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanej operacji

<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>