**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**

# ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

# KOLPOSKOPIA

| | |
|---|---|
| Imię i nazwisko Pacjenta: | |
| PESEL Pacjenta: | Nr księgi głównej: |

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

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

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano/podejrzewa się

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

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

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:

kolposkopia z biopsją szyjki macicy (tarczy i/lub kanału) i/lub biopsją pochwy i/lub biopsją sromu

Kolposkopia polega na oglądaniu w powiększeniu szyjki macicy i/lub pochwy i/lub sromu przy pomocy kolposkopu oraz na oglądaniu reakcji tkanek na działanie kwasu octowego i płynu Lugola a następnie (po wytypowaniu najbardziej odpowiednich miejsc) pobranie wycinków. Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym.

Dodatkowo konieczne będzie:

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

Celem proponowanego Pani zabiegu jest pobranie materiału z szyjki macicy i/lub pochwy i/lub sromu do badania histopatologicznego. Nie jest to metoda leczenia, a jedynie sposób uzyskania materiału do badania hist-pat, na którego podstawie możliwe będzie włączenie dalszego leczenia.
Rokowanie i dalsze postępowanie zależy od wyniku badania histopatologicznego.

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

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego zabiegu oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem wyłyżeczkowania i pobrania wycinków.

Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- reakcji anafilaktycznej

- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- krwotoku
- 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)
- uszkodzeniu pęcherza moczowego
- uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego
- bólach brzucha
- przesunięcia lub przypadkowego usunięcia wkładki wewnątrzmacicznej
- omdlenia/ utraty przytomności

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

**5. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.**

Brak weryfikacji histopatologicznej może opóźnić rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów narządu rodnego.

**6. Uwagi** dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/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,

| Imię i nazwisko: | | PESEL: | | Nr ks. gł.: | |
|---|---|---|---|---|---|

☐ 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 przyjęłam/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.

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| *Data* | *Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.* | *Podpis przedstawiciela ustawowego* |

☐ **Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji**

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| *Data* | *Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.* | *Podpis przedstawiciela ustawowego* |

| | |
|---|---|
| | |
| *Data* | *Podpis i numer PWZ lekarza* |

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

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| *Data* | *Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.* | *Podpis przedstawiciela ustawowego* |

| | |
|---|---|
| | |
| *Data* | *Podpis i numer PWZ lekarza* |

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

*Opracowano na podstawie formularza zgody TCHP autorstwa Zespołu prof. M.Krawczyka w modyfikacji własnej dr J.Szopińskiego na potrzeby Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego Szpitala Klicznego im.dr.E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ*

| Imię i nazwisko: | | PESEL: | | Nr ks. gł.: | |
|---|---|---|---|---|---|

☐ Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

| |
|---|
| |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| *Data* | *Podpis lekarza* | *Podpis świadka* |

*Opracowano na podstawie formularza zgody TCHP autorstwa Zespołu prof. M.Krawczyka w modyfikacji własnej dr J.Szopińskiego na potrzeby Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego Szpitala Klicznego im.dr.E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ*