



**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

ZABIEG ASPIRACYJNEJ BIOPSJI ENDOMETRIUM

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 u Pani (istnieje u Pani podejrzenie):

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do aspiracyjnej biopsji endometrium.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu: aspiracyjną biopsję endometrium.

Proponowany Pani zabieg polega na wprowadzeniu cienkiej kaniuli do jamy macicy i pod wpływem wytwarzanego podciśnienia pobranie materiału do badania histopatologicznego.

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

Celem proponowanego Pani zabiegu jest 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.

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

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

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

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

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

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

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Postępowanie zachowawcze w niektórych, wybranych sytuacjach klinicznych.

8. 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.

9. 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> |