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
ZAŁOŻENIE SZWU RATUNKOWEGO NA SZYJKĘ MACICY DROGĄ POCHWOWĄ

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

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

Założenie szwu ratunkowego na szyjkę macicy jest operacyjną metodą leczenia zapobiegającą w zależności od sytuacji klinicznej poronieniu lub porodowi przedwczesnemu. Zabieg ten polega na założeniu szwu z nici chirurgicznej niewchłanialnej na część pochwową szyjki macicy. Jest to postępowanie ratunkowe w przypadku stwierdzenia uwypuklania się błon płodowych do światła pochwy.

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

Celem zabiegu jest zachowanie i donoszenie ciąży. Wśród doniesień naukowych opisywano, iż założenie szwu okrężnego nagłego może opóźnić o około pięć tygodni wystąpienie porodu w porównaniu z pacjentkami poddanymi reżimowi łóżkowemu.

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

Zabieg wykonuje się po wcześniejszym znieczuleniu przez anestezjologa. Srom oczyszcza się płynem dezynfekcyjnym i zakłada wzierniki pochwowe. Po ukończeniu zabiegu konieczna jest dalsza hospitalizacja celem obserwacji.

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

Szew ratunkowy jest jednym z trudniejszych zabiegów położniczych i wiąże się z dużym ryzykiem niepowodzenia, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu rozwarcie szyjki powyżej 4 cm oraz uwypuklone błony płodowe poza ujście zewnętrzne szyjki macicy. Do możliwych powikłań należą: przebicie błon płodowych i przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, wywołanie czynności skurczowej macicy i w konsekwencji prawie natychmiastowy niechciany poród, obfite krwawienie, zakażenie wewnątrzmaciczne.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

W przypadku zaniechania leczenie istnieje zwiększone ryzyko poronienia lub porodu przedwczesnego.

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

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.
Alternatywą dla założenia szwu ratunkowego na część pochwową są metody farmakologiczne, reżim łóżkowy.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Udokumentowany ostry stan zapalny pochwy, czynność skurczowa macicy, odpływanie płynu owodniowego, zaburzenia krzepnięcia, krwawienie z dróg rodnych, śmierć płodu, letalne wady płodu.

9. 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.

10. 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,

☐ 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.

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gł.:

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)*

☐ 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