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_F127

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

ZABIEG ZAŁOŻENIA WKŁADKI WEWNĄTRZMACICZNEJ

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

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

1. Założeniu i stosowaniu wkładki wewnątrzmacicznej:

Opis zabiegu:

Założenie wkładki wewnątrzmacicznej jest zabiegiem inwazyjnym i trwa zwykle kilka minut. Wkładkę zakłada lekarz ginekolog podczas krwawienia miesiączkowego. Przez szyjkę macicy do jamy macicy wprowadza się cienką kaniulę, przez którą wprowadza się wkładkę.

Po założeniu wkładki pacjentka może odczuwać skurcze macicy (podobne jak w czasie miesiączki), które zwykle ustępują po kilku godzinach od zabiegu.

2. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Lekarz nie ma możliwości zagwarantowania pełnego sukcesu zastosowanego leczenia.

Brak jest możliwości całkowitego uniknięcia ryzyka związanego z zabiegiem, mogą wystąpić następujące powikłania:

- śródoperacyjne uszkodzenie ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjne uszkodzenie jelit
- krwotok śródoperacyjny, wtórnym krwawieniom lub krwiakach, mogących wymagać przetoczenia krwi lub reoperacji (ponownego otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo- zatorowych
- zakażeniu narządów rodnych, zapaleniu pęcherza moczowego

Ciężkie, zagrażające życiu powikłania zabiegu założenia wkładki są niezwykle rzadkie (ryzyko poniżej 1/1000)

3. Uwagi:

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

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

Zastrzeżenia pacjenta co do proponowanej diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego:

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 leku i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

☐ jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany leczenia, które okażą się niezbędne 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,

☐ ponadto oświadczam, iż przyjąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po leczeniu, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt leczenia, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

☐ oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody.

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

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

☐ **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*