



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\_F128

## ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

### ZABIEG WYŁYŻECZKOWANIA ŚCIAN JAMY MACICY

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałam wyczerpująco poinformowana o:

#### 1. Ogólnym stanie zdrowia i rozpoznaniu.

#### 2. Rodzaju przeprowadzenia zabiegu.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu: wyłyżeczowanie ścian jamy macicy. Proponowany Pani zabieg polega na instrumentalnej kontroli zawartości jamy macicy i ewentualnym usunięciu pozostałych resztek tkanki łożyska z jamy macicy i/lub kontroli przyczyny krwawienia z jamy macicy.

#### 3. Celu i oczekiwanych korzyściach zabiegu/podania leku, rokowaniach.

Celem proponowanego Pani zabiegu jest opróżnienie jamy macicy i/lub przerwanie nadmiernego krwawienia z jamy macicy.

#### 4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.

Ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich i pielęgniarskich. Po zabiegu będzie Pani monitorowana w warunkach sali porodowej przez minimum 2 godziny.

#### 5. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

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

- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- uszkodzeniu jelit
- krwotoku poporodowym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej))
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu jamy macicy, w tym zapaleniu błony śluzowej jamy macicy, gorączce połogowej
- zapaleniu pęcherza moczowego

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

#### **6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.**

Brak zgody na wykonanie proponowanego zabiegu może prowadzić do dalszego pogarszania się stanu zdrowia pacjentki oraz zwiększyć ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, które mogą prowadzić do istotnego pogorszenia stanu ogólnego lub zagrożenia życia.

#### **7. Alternatywnych metodach leczenia:**

Podanie leków wywołujących czynność skurczową macicy (oxytocyna). Postawa wyciekująca.

#### **8. Uwagi:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## 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 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, zabiegu/operacji

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,

Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

oświadczam, że zostałam poinformowana 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 proponowanego zabiegu**

<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. gt.:

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ\* na przeprowadzenie proponowanego zabiegu**

<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>