



**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA DZIAŁANIA MEDYCZNE PODWYŻSZONEGO RYZYKA
ZAKOŃCZENIE CIĄŻY PRZEZ CIĘCIE CESARSKIE**

Załącznik Nr 10

obowiązuje od 24.11.2017 Karta Zmian34/2017

do "Procedury informowania pacjentów o stanie zdrowia i przysługujących im prawach w SPSK Nr w Lublinie z dnia 27.06.2017

Wydanie VII

Wydanie 1

Imię i nazwisko pacjenta										
PESE										Numer Księgi Głównej
L										
W przypadku obcokrajowców: rodzaj i numer dokumentu tożsamości					PASZPORT:					

1. INFORMACJA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA

.....
.....
.....

2. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/Pana (istnieje u Pani/Pana podejrzenie)

.....
.....
.....

3. PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE ORAZ DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

Proponowane cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha poprzecznie nad spojeniem łonowym lub podłużnie pomiędzy spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszylenie mięśnia macicy oraz powłok brzucha.

Alternatywne metody leczenia/badania polegają na:

Poród drogami natury z użyciem rękoczynów i manewrów położniczych, poród drogami natury instrumentalny z użyciem próżnościągu i/lub kleszczy położniczych.

Następstwa zastosowania metody proponowanej:

Przebycie cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

Najpoważniejsze następstwa zastosowania metod alternatywnych:

Niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu ze śmiercią płodu włącznie.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (DAJĄCYCH SIĘ PRZEWIDZIEĆ)

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z planowaną operacją cięcia cesarskiego mogą między innymi polegać na: Śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu, krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy, wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych i/lub ponownej

interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej), śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, niedrożności pooperacyjnej jelit, powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-maciczej), powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy), zapaleniu otrzewnej, zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego, powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu. Ciężkie zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowania Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji/zabiegu jest w Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

6. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowaną operację/zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest wątpliwe i niepewne. Według dostępnej literatury najczęściej w Pani przypadku może wystąpić niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu ze śmiercią płodu łącznie, zakażenie, sepsa. Dalsza zwłoka może wiązać się z koniecznością wycięcia macicy i tożsame jest z niemożnością zajścia w kolejną ciążę.

7. PYTANIA PACJENTKI WRAZ Z ODPOWIEDZIĄ LEKARZA

.....
.....
.....

8. EWENTUALNA KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA

Rozszerzenie operacji do wycięcia macicy łącznie, operacji naprawczej uszkodzenia jelit, pęcherza moczowego, moczowodu, toczenia preparatów krwi i preparatów krwiopochodnych.

9. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że nie jestem pod wpływem leków, substancji i innych czynników zaburzających moją świadomość. Będąc w pełni świadoma/y oświadczam, że lekarz udzielił mi pełnej informacji dotyczących zabiegu/operacji.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały i satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe do przewidzenia powikłania związane z operacją cięcia cesarskiego. Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

10. UWAGI LEKARZA

.....
.....
.....
.....

11. PODPIS PACJENTA I LEKARZA

Data (godzinowa) oraz czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	

12. SPRZECIW PACJENTA

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg/operację. Zostałam/zostałem poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data (godzinowa) oraz czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	

Pouczenie:

1. Wszystkie niewypełnione pola należy przekreślić,
2. W sytuacji, gdy przytomny i świadomy pacjent nie może złożyć własnoręcznego podpisu (np. z uwagi na stan swojego zdrowia lub wiek) istnieje możliwość złożenia oświadczenia woli zastępującego podpis własnoręczny. Warunkiem do otrzymania zgody od pacjenta w takim wypadku jest zdolność pacjenta do samodzielnego czytania, która umożliwi mu zapoznanie się z treścią składanego oświadczenia (wyrażanej zgody). Taka zgoda będzie skuteczna prawnie, gdy pacjent w obecności osoby przez nią upoważnionej złoży odcisk tuszowy swojego palca. Osoba upoważniona wpisuje obok złożonego odcisku imię i nazwisko pacjenta oraz składa własnoręczny, czytelny podpis ze wskazaniem daty i godziny.