



**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA DZIAŁANIA MEDYCZNE PODWYŻSZONEGO RYZYKA
WYŁYŻECZKOWANIE KANAŁU I / LUB JAMY MACICY**

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													
PESEL												Numer Księgi Głównej	
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 (istnieje u Pani podejrzenie)

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

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

Proponowane leczenie/badanie polega na:

Rozszerzeniu kanału szyjki macicy i następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy i/lub kanału szyjki macicy. Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym znieczuleniu, które zostanie omówione z lekarzem Anestezjologiem.

Alternatywne metody leczenia/badania polegają na:

Farmakologiczne metody opróżnienia jamy macicy, Odessanie zawartości jamy macicy, Histeroskopia.

Następstwa zastosowania metody proponowanej:

W wyniku zastosowanego leczenia zostanie uzyskany materiał do badania histopatologicznego, zostanie opróżniona jama macicy, usunięcie skrzepów krwi.

Najpoważniejsze następstwa zastosowania metod alternatywnych:

Przerwanie ciągłości ściany macicy, krwotok, zakażenie, sepsa, reakcja anafilaktyczna, śmierć.

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 planowanym wyłyżeczkowaniem jamy macicy mogą między innymi polegać na: Śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, pęcherza moczowego lub moczowodu, jelit, które mogą wymagać wycięcia macicy lub wykonania operacji naprawczej drogą brzuszną, krwotoku śródoperacyjnym, który może wymagać wycięcia macicy, wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i /lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej), powikłań zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i

zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy), zakażeniu rany operacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego. Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego dla 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 zakażenie, sepsa, krwotok i śmierć. W przypadku wystąpienia konieczności usunięcia macicy niemożliwa będzie zdolność rozrodu.

7. PYTANIA PACJENTKI WRAZ Z ODPOWIEDZIĄ LEKARZA

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

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

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

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

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

W pełni zrozumiałam 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 zabiegiem wyłyżeczkowania jamy macicy. 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.