



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

WYŁYŻECZKOWANIE JAMY  
MACICY PO PORONIENIU

PG/I03/F17

str. 1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU

**WYŁYŻECZKOWANIA JAMY MACICY PO PORONIENIU**

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI ZABIEGU**

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

.....  
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do wyłyżeczkowania jamy macicy.

**2. METODY LECZENIA**

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

**wyłyżeczkowanie jamy macicy**.....

Proponowany Pani zabieg polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy, jeżeli kanał będzie niedostatecznie rozwarty, a następnie wyłyżeczkowaniu zawartości jamy macicy.

Zabieg ten przeprowadza się w krótkotrwałym dożylnym znieczuleniu ogólnym.

Celem proponowanego zabiegu jest: opróżnienia jamy macicy oraz uzyskanie materiału do badania mikroskopowego celem postawienia diagnozy.

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: .....

**3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

Wyłyżeczkowanie jamy macicy najczęściej nie niesie za sobą trwałych niekorzystnych następstw

**4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na: **- uszkodzeniu ciągłości ściany macicy**, które może wymagać laparoskopii lub laparotomii w celu opanowania krwawienia lub nawet usunięcia macicy

- **krwotoku**

- **powikłaniach zakrzepowo-zatorowych** (tworzenie się skrzepin i zatykanie przez nie naczyń krwionośnych)

- **zakażeniu miejscowym jamy macicy**

- **zapaleniu pęcherza moczowego**

w wyjątkowych wypadkach:

- **uszkodzeniu pęcherza moczowego**

- **uszkodzeniu jelit**

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

**5. ROZMOWA Z LEKARZEM**

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.

.....  
.....  
*Zastrzeżenia pacjentki co do proponowanego leczenia operacyjnego*

## 6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych lub trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 7. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią 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 powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)\* zgadzam się na przeprowadzenie u mnie proponowanego zabiegu oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia lub realnego podejrzenia procesu nowotworowego.**

**Proszę o zabezpieczenie materiału do badań genetycznych płodu/zarodka.** Jestem świadoma, że badania te będę musiała wykonać na własny koszt. Pobranie części materiału na badania genetyczne może obniżyć wartość rutynowego badania mikroskopowego. Przyjmuję do wiadomości, że pobrany materiał może zawierać tkanki doczesnej (błony śluzowej macicy), a wówczas istnieje ryzyko, że uzyskany wynik będzie kariotypem matki. Pewność, że badany materiał pochodzi od dziecka zapewniają jedynie laboratoria genetyczne badające porównawczo profil genetyczny matki.

**Rezygnuję z wykonania badań genetycznych płodu/zarodka.** Zostałam poinformowana, że ustalenie płci dziecka w badaniu genetycznym (w sytuacji, gdy ustalenie płci przez lekarza nie jest możliwe ze względu na wczesny etap ciąży) warunkuje możliwość wystawienia karty zgonu niezbędnej do sporządzenia przez USC Aktu Urodzenia Dziecka (z adnotacją „dziecko martwo urodzone”) i uzyskania ustawowych świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

*Podstawa prawna: Ustawa z dnia 28 listopada 2014r. „Prawo o aktach stanu cywilnego”*

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.**

**Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu:

.....

\* niepotrzebne skreślić