



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

HISTEROSKOPIA

PG/I03/F24

str.1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO

- HISTEROSKOPIA

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

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

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują łagodny charakter schorzenia jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego drogą endoskopową (poprzez **histeroskopię**).

2. METODY DIAGNOSTYKI ZABIEGOWEJ/LECZENIA OPERACYJNEGO

Histeroskopia polega na wprowadzeniu przez pochwę do jamy macicy urządzenia optycznego zwanego histeroskopem. Celem tego zabiegu jest obejrzenie wnętrza jamy macicy, zlokalizowanie i rozpoznanie zmiany chorobowej. Jeśli jest to możliwe, zmiana chorobowa usuwana jest w trakcie zabiegu. Histeroskopię przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. Podczas zabiegu endoskopowego histeroskopii konieczność wyjątkowych sytuacjach może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację brzuszną.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

- **histeroskopia**
- **wyłyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy**

Celem proponowanego zabiegu jest:

- usunięcie patologicznych zmian w macicy stwierdzonych w czasie histeroskopii
- uzyskanie materiału do badania mikroskopowego celem postawienia diagnozy

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują:

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Histeroskopia oraz wyłyżeczkowanie kanału szyjki 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:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
 - krwotoku śródoperacyjnym
 - 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)
 - zapaleniu otrzewnej
 - zapaleniu pęcherza moczowego
- w wyjątkowych sytuacjach:
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
 - śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetok jelitowych
 - powstaniu odmy zespołu przewodnienia

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

tu przytwierdzić formularz

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 naszej 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 i 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.

6. 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* / z powyższymi zastrzeżeniami* zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego:

.....
.....
.....
oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała i ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
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