



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

WYŁYŻECZKOWANIE

JAMY MACICY

PO PORODZIE

PG/I03/F6

str. 1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA

WYŁYŻECZKOWANIE JAMY MACICY PO PORODZIE

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani wskazania do **wyłyżeczkowania jamy macicy po porodzie**.

2. PROPONOWANA METODA PRZEPROWADZENIA ZABIEGU

Wyłyżeczkowanie jamy macicy po porodzie drogą pochwową polega na opróżnieniu jamy macicy z resztek łożyska i błon płodowych pozostałych w niej po niekompletnym oddzieleniu się łożyska i/lub przyspieszeniu obkurczania się macicy w przypadku nadmiernego krwawienia z jamy macicy. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu przewodowym lub dożylnym.

Celem proponowanego zabiegu jest usunięcie ewentualnych resztek płodu pozostałych w jamie macicy po porodzie drogami natury, zapobiegania krwotokom w czasie IV okresu porodu oraz w połogu, zakażeniom narządu rodowego związanym z pozostaniem resztek płodu w jamie macicy oraz powikłaniom odległym w postaci zażniadła gronistego.

Alternatywne metody leczenia

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Wyłyżeczkowanie jamy macicy nie wpływa na możliwość zajścia w kolejną ciążę ani nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży. Nie jest też związane z koniecznością wykonania zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy po kolejnym porodzie.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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

- uszkodzeniu (przebiciu) ściany macicy i związaną z tym koniecznością przeprowadzenia następnego pilnego zabiegu operacyjnego
- pęknięciu szyjki macicy oraz uszkodzeniach tkanek miękkich kanału rodowego
- zwiększonej okołoporodowej utracie krwi wiążącej się z niedokrwistością wtórną wymagającą przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych i/lub leczenia preparatami doustnymi
- zakażeniu narządu rodowego
- powstaniu zrostów w jamie macicy

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