



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

NACIĘCIE

ZSZYCIE KROCZA

PG/J03/F5

str.1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA

NACIĘCIE I ZESZYCIE KROCZA PODCZAS PORODU

1. WSKAZANIA DO ZABIEGU

Na podstawie dokonanej oceny sytuacji położniczej stwierdzono u Pani wskazania do wykonania **nacięcia i zeszywania krocza**.

2. PROPONOWANA METODA PRZEPROWADZENIA ZABIEGU

Nacięcie krocza wykonywane jest w linii pośrodkowo-bocznej. Zeszywanie śluzówki pochwy i mięśni krocza odbywa się w znieczuleniu, za pomocą szwów wchłaniających, skóra krocza zszywana jest przy użyciu szwów niewchłaniających, które następnie są usuwane po około 5-7 dniach w zależności od indywidualnych predyspozycji do gojenia się tkanek. Celem proponowanego zabiegu jest zapobieganie pęknięciu krocza oraz zwieracza odbytu i nadmiernemu rozciąganiu się mięśni podczas porodu, umożliwienie postępu porodu przy kroczu niepodatnym oraz zapobieganie uszkodzeniom płodu.

.Alternatywne metody leczenia

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA NACIĘCIA I SZYCIA KROCZA

Nacięcie i zeszywanie krocza w czasie porodu nie prowadzi do konieczności nacięcia krocza w czasie kolejnego porodu przy braku dodatkowych wskazań.

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:

- utajonym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetaczania krwi i preparatów krwiozastępczych i/lub ponownej interwencji zabiegowej
- zwiększonej okołoporodowej utracie krwi
- zakażeniu i stanie zapalnym okolicy nacięcia krocza
- rozejściu się zeszytej rany
- uszkodzeniu zwieracza odbytnicy
- powstaniu przetoki odbytniczo-pochwowej

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