

# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTKI NA PRZEPROWADZENIE OPERACJI ENDOSKOPOWEJ – LAPAROSKOPII W DIAGNOSTYCE I LECZENIU ENDOMETRIOZY

## RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/istnieje u Pani podejrzenie\*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyniki przeprowadzonych badań sugerują niezłośliwy 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 metodą endoskopową.

## METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

- Laparoskopia** - polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego, obejrzeniu narządów płciowych i narządów sąsiednich. W przypadku stwierdzenia zmian możliwych do usunięcia zostanie również przeprowadzony zabieg operacyjny za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy brzusznej przez dodatkowe nacięcia skórne.
- Kontrola drożności jajowodów** - w trakcie laparoskopii możliwa jest ocena drożności jajowodów po podaniu środka kontrastowego, wprowadzanego przez kanał szyjki macicy.
- Usunięcie ognisk i guzów endometrialnych** z narządów płciowych
- Usunięcie ognisk i guzów endometrialnych** z pęcherza moczowego, moczowodów ew . jelit
- Resekcja części narządów** zniszczonych przez ogniska endometrialne

## Konieczność udziału specjalisty chirurga lub specjalisty urologa w wielospecjalistycznym zespole operacyjnym

- Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

.....

.....

.....

.....

Celem proponowanej operacji jest: .....

.....

.....

.....

## **KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

Badanie śródoperacyjne – w trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji w tym konieczności **otwarcia jamy brzusznej - laparotomii**. 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.

### **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

#### **a) OCZEKIWANE KORZYŚCI**

Przeprowadzenie operacji bez konieczności otwarcia jamy brzusznej, a w konsekwencji krótszy czas hospitalizacji i rekonwalescencji.

#### **b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Każda ingerencja chirurgiczna obarczona jest ryzykiem wystąpienia powikłań. Dołożymy wszelkich starań by zapewnić pełen sukces zaplanowanego leczenia oraz minimalizację ewentualnych powikłań.

Powikłania związane z planowaną operacją mogą między innymi polegać na wystąpieniu:

- krwotoku, krwawienia lub krwiaków wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej;
- zakażenia układu moczowego, śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, przetoki dróg moczowych;
- śródoperacyjnego uszkodzenia jelit, przetoki jelitowej lub konieczności wyłonienia sztucznego odbytu;
- niedrożności pooperacyjnej jelit;
- powikłań zakrzepowo-zatorowych;
- zapalenia otrzewnej, zakażenia rany pooperacyjnej;
- dolegliwości bólowych w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych;
- oparzenia skóry przy zastosowaniu diatermii elektrycznej;
- odmy;
- zespołu przewodnienia;

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

#### **c) SKUTKI ODLEGŁE**

Zależą od wskazań do operacji i jej zakresu. W Pani przypadku to:

### **ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

[ ] *duże*

[ ] *średnie*

[ ] *ograniczone*

### **ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA**

Operacja z otwarciem jamy brzusznej.

### **KONSEKWENCJE ODMOWY**

Zależą od wskazań do operacji. W Pani przypadku konsekwencja to:

## 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 lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

## OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej ze specjalistą ginekologiem Panem/Panią dr/prof

.....  
Ze specjalistą chirurgiem dr/prof.

.....  
spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji dotyczących proponowanego leczenia.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego wskazanego w punkcie 2 oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, jeśli zaistnieją wskazania.

Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowany zabieg operacyjny.

Data oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data, godzina oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, godzina, podpis oraz pieczętka lekarza	

*Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:*

.....  
.....