

**INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO  
PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU TRZONU MACICY**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI: .....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI**

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

.....  
Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na złośliwy charakter nowotworu jednakże dopiero badanie histopatologiczne zmiany chorobowej pozwoli na postawienie ostatecznego rozpoznania.

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego. W Pani przypadku proponujemy operację, która pozwoli na uniknięcie dalszego rozprzestrzeniania się choroby. Rodzaj choroby i jej zaawansowanie zmuszają do przeprowadzenia u Pani operacji o szerokim zakresie, podczas której podjęta zostanie próba usunięcia wszystkich zajętych przez proces chorobowy tkanek. W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Po zabiegu operacyjnym konieczne będzie prawdopodobnie dalsze leczenie onkologiczne w postaci leczenia lekami przeciwnowotworowymi (chemioterapia) lub/i naświetlań (radioterapia)

**2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, leczenie operacyjne polegać będzie na otwarciu jamy brzusznej, a następnie usunięciu guza/guzów w sposób maksymalnie doszczętny. Planowane jest również usunięcie całej macicy ewentualnie razem z przyległymi tkankami (przymacicza) oraz dwoma jajnikami i jajowodami. Dodatkowo może istnieć potrzeba usunięcia węzłów chłonnych w celu określenia zaawansowania choroby i zaplanowania przyszłego leczenia onkologicznego. Planowany zakres operacji może obejmować również usunięcie wyrostka robaczkowego oraz sieci. W przypadku stwierdzenia objęcia procesem nowotworowym jelit może być konieczne usunięcie fragmentu jelita i/lub wyłonienie sztucznego odbytu (ujścia jelita przez skórę brzucha). Decyzja o realizacji zaplanowanego zakresu operacji i doszczętności usunięcia zmiany chorobowej zostanie ostatecznie podjęta po otwarciu jamy brzusznej i określeniu relacji ryzyka do korzyści planowanych do wykonania procedur operacyjnych. Planowany zabieg jest bardzo rozległy - przeprowadza się go w znieczuleniu ogólnym. Może być konieczne zastosowanie po operacji drenów odprowadzających (z jamy brzusznej i pochwy) oraz cewnika w pęcherzu moczowym. Pooperacyjny pobyt w szpitalu będzie dłuższy niż przeciętnie.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

.....

Celem proponowanej operacji jest: .....

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

.....

### 3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Po całkowitym wycięciu macicy kobieta przestaje miesiączkować. Następstwem wycięcia jajników u kobiet przed menopauzą może być pojawienie się objawów klimakterycznych.

### 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 pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit, powstaniu przetoki jelitowej
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- powstaniu obrzęków limfatycznych
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego
- nietrzymaniu moczu
- bólach brzucha w wyniku powstania zrostów pooperacyjnych
- pogorszeniu jakości życia płciowego

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko jakkolwiek częściej niż po innych operacjach ginekologicznych.

### 5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

*duże*

*średnie*

*ograniczone*

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie, co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:.....

.....

.....

### 6. 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. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

## **ZASTRZEŻENIA PACJENTKI, CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**

.....  
.....  
.....  
.....

### **7. 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.

### **8. 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 mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem..... 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 następującego zabiegu operacyjnego***

.....  
(rodzaj zabiegu)

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

.....  
data, podpis lekarza

.....  
podpis pacjentki albo uprawnionego 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 uprawnionego opiekuna*

*Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu:*

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*data, podpis lekarza*