

2-4
Nazwisko i imię

Proponowane badania diagnostyczne i zabiegi	Zgoda i podpis pacjenta (osoby uprawnionej) poinformowanego(ej) o proponowanym sposobie leczenia, charakterze i celu zabiegu, ryzyku i możliwościach powikłań ewentualności zastosowania innego postępowania medycznego oraz jego skutkach			Data złożenia podpisu
	Lp.		Podpis	
Zabiegi związane z pobieraniem krwi i innego materiału do badań	1	Badania przesiewowe (TSH + FENYL., MUKOWISCYDOZA)		
	2	Badanie laboratoryjne		
Wszystkie zabiegi lecznicze związane z naruszeniem ciągłości skóry	1	Iniekcje domięśniowe		
	2	Iniekcje dożylnie		
	3	Venflon		
Inne	1	Szczepienia ochronne (BCG i WZW)		
	2	Badanie słuchu		
	3	RTG		
N20, N24, N25				
ICD 9				
ICD 10				

Upoważniam do udzielenia informacji o stanie zdrowia mojego dziecka

Podpis matki

INFORMACJA DLA PACJENTKI
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY
METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI :

NUMER HISTORII CHOROBY :

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego

.....
.....

2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIĄŻY

Cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha poprzecznie ponad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pepkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszcienie mięśnia macicy oraz powłok brzucha.

Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników ryzyka związanych z porodem drogami natury

Alternatywne metody leczenia

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebycie cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

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
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-maciczej)

- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
 - zapaleniu otrzewnej
 - zakażeniu rany pooperacyjnej
 - zapaleniu pęcherza moczowego
 - powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.
- Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

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 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:

- rozpoznanie
- 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.