

Gabinet Ginekologiczny GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU4

02-593 Warszawa

NIP 5211856611 REGON: 013275818

RPWDL: 000000101499

www.gyncare.pl e-mail: recepcja@gyncare.pl

NZOZ GYN-CARE

ul. Chodkiewicza 7 LU 4

02-593 Warszawa

REGON: 013275818-00035

RPWDL: 000000225549

tel. (22) 646 00 73, +48 605 425 200



Warszawa, dnia _____ r.

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BIOPSJI RYSOWEJ JAMY MACICY

Ja, niżej podpisana (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____ Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

Niniejszym oświadczam, że przyjąłem do wiadomości i rozumiem, iż:**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI ZABIEGU**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano lub istnieje u Pani podejrzenie:

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do biopsji rysowej jamy macicy.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu biopsji rysowej jamy macicy. Celem proponowanego zabiegu jest diagnostyka zmian w jamie macicy lub kontrolowane lokalne uszkodzenie błony śluzowej macicy. Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują wyłyżeczkowanie jamy macicy lub badanie histeroskopowe z pobraniem wycinków celowanych, wyłyżeczkowaniem jamy macicy lub biopsją rysową endometrium. Proponowany Pani zabieg polega na wprowadzeniu przez kanał szyjki macicy cewnika biopsyjnego i pobraniu zawartości jamy macicy do badania histopatologicznego. W przypadku przeprowadzania zabiegu ze wskazania niepłodność, pobrana zawartość jamy macicy nie musi być przekazana do badania histopatologicznego.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Może Pani podczas zabiegu odczuwać bolesność w podbrzuszu. Po zabiegu występuje skąpe krwawienia z dróg rodnych ustępujące w przeciągu dwóch tygodni.

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 ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit,
- krwotoku śródoperacyjnym,
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zakażeniu rany pooperacyjnej,
- zapaleniu pęcherza moczowego.

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 otrzyma Pani skierowanie na wymienione alternatywne metody leczenia.

Wypełnioną zgodę uprzejmie prosimy dostarczenie osobiście do NZOZ GYN-CARE w dniu planowanego zabiegu.

Dziękujemy, zespół NZOZ-GYN-CARE

(verte!)

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 NZOZ GYN-CARE. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

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 wszelkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem 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 pozabiegowego,

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu biopsji rysowej endometrium łącznie z wysłaniem pobranego materiału /bez wysyłania pobranego materiału (niewłaściwe skreślić) do badania histopatologicznego oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

(data i 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 i podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna)

Oświadczenie Lekarza:

Niniejszym oświadczam, że:

Pacjentka (imię i nazwisko) _____

uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu biopsji rysowej błony śluzowej macicy, jego celu i charakterze, ryzyku związanym z zabiegiem i, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych możliwościach zabiegu, łącznie z możliwością jego zaniechania, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony danych osobowych pacjentki, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych i jestem całkowicie przekonany, że w pełni je rozumiała.

(podpis i pieczętka lekarza, w obecności, którego podpis złożyła Pacjentka)