IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI …….
PESEL / DATA URODZENIA……..
Nr HISTORII CHOROBY ……

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie):

A. ☐ Wysiłkowe nietrzymanie moczu

B. ☐ Zaburzenie statyki mięśni miednicy mniejszej

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej na charakter schorzenia wymagający leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym lub dolędźwiowym drogą pochwową.
Proponowane leczenie operacyjne nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przedłonowego (przez niewielkie nacięcia skóry sromu) lub załonowego (przez niewielkie nacięcia skóry nad spojeniem łonowym). Zabieg ten jest niekiedy łączony z plastyką przednią lub/i tylną pochwy mającą na celu skorygowanie wypadania pochwy.

3. RODZAJ ZABIEGU

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny ……
…….

Celem proponowanej operacji jest przywrócenie statyki mięśni i tkanki łącznej w obrębie cewki moczowej, mięśni miednicy mniejszej oraz pęcherza moczowego i/lub przywrócenie statyki narządu płciowego

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: fizjoterapię (ćwiczenia mięśni dna miednicy mniejszej), leczenie za pomocą estrogenów oraz stosowanie wkładek dopochwowych.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Erozja siatki (odrzucenie przeszczepu).

5. 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 cewki moczowej

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

- 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 skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego.

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

6. INFORMACJA O ZASTOSOWANIU TASM (SIATEK) Z TWORZYW SZTUCZNYCH

Zabiegi (operacyjne) korekcji (usunięcia) obniżenia pochwy i macicy są tradycyjnie wykonywane przez zeszycie tkanek do siebie lub przyszycie tkanek do struktur (jak powięź, mięśnie itd.). Takie zabiegi często są nieskuteczne i w ¼ przypadków występują nawroty tzn. ponownie pojawia się wypadanie. Wynika to częściowo z tego, że zszywa się słabe tkanki. Zszycie tkanek może powodować przejściowe dolegliwości bólowe i bóle przy stosunku. Od kilku lat próbuje się zastąpić starą technikę zszywania tkanek techniką z zastosowaniem taśm (siatek) syntetycznych.

Ma ona przewagę nad starą techniką, ponieważ:
- siatka przerasta tkanką łączną i tworzy silną barierę chroniąc przed nawrotem;
- w technice tej nie stosuje się zszywania i stąd mniejszy jest ból pooperacyjny, zmniejsza się możliwość bolesnych stosunków, a co najważniejsze w mniejszym stopniu zwęża się pochwę;
- zastosowanie siatek można łączyć z innymi operacjami np. operacjami nietrzymania moczu i usunięcia innych części narządów płciowych.

Ujemną stroną zastosowania siatek jest:
- możliwość niewygojenia się siatki z koniecznością odcięcia tej części siatki (najczęściej ambulatoryjnie),
- możliwość stanu zapalnego,
- możliwość odrzucenia siatki przez organizm

Ze względu na stosunkowo krótki okres stosowania siatek nie ma możliwości oceny długotrwałych wyników.

7. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:
[ ] duże [ ] średnie [ ] ograniczone

Brak zgody na proponowany zabieg może doprowadzić w przyszłości do rozwoju choroby.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

8. 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

……
……
……

9. 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.

10. 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 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 przewidywanych wyników leczenia operacyjnego*
- *rokowania*
- *ewentualnego leczenia pooperacyjnego,*
- *zastosowania taśm z tworzyw sztucznych.*

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) **zgadzam się** na przeprowadzenie u mnie leczenia operacyjnego nietrzymania moczu/ zaburzeń statyki mięśni miednicy mniejszej przy użyciu syntetycznych taśm polipropylenowych oraz jego ewentualnej zmiany lub rozszerzenia, które okaże 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

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.