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

1. RODZAJ SORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Szyjka macicy odgrywa istotną rolę w utrzymaniu ciąży. Skracanie i rozwieranie szyjki macicy jest procesem fizjologicznym w czasie porodu. Jeśli proces ten rozpoczyna się przed 37 tygodniem ciąży prowadzi do poronienia lub porodu przedwczesnego.
Szew (McDonalda) to okrężny szew szyjkowy, zakłada się go, gdy istnieje ryzyko pojawienia się niewydolności cieśniowo – szyjkowej, czyli niezdolności szyjki macicy do utrzymania ciąży, w wyniku, czego może dojść do poronienia lub porodu przedwczesnego.

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani niewydolność szyjki macicy, co stanowi wskazania do założenia szwu okrężnego:

- ☐ – profilaktycznego
- ☐ – interwencyjnego

……
……

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Proponowane Pani leczenie polega na wprowadzeniu przez pochwę nici niewchłanianej poliestrowej i założeniu jej na szyjkę macicy. Zwykle szew zdejmuje się po ukończeniu 37 tygodnia ciąży. Jeżeli czynność skurczowa mięśnia macicy wystąpi wcześniej i niemożliwe jest jej wyciszenie tokolitykami szew należy bezwzględnie zdjąć.

Zabieg ten przeprowadza się przez pochwę w krótkim znieczuleniu ogólnym w warunkach sali operacyjnej.
Celem proponowanego zabiegu jest wydłużenie czasu trwania ciąży i opóźnienie porodu.
Nie zawsze założenie szwu okrężnego gwarantuje opóźnienie porodu.

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: stosowanie leczenia progesteronem oraz pessaroterapię (pessar - krążek dopochwowy stosowany w niewydolności szyjki macicy)

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Po założeniu szwu okrężnego należy stosować ograniczenie aktywności fizycznej.
Znaczącym atutem jest całkowita odwracalność zastosowanego leczenia.

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 tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- uszkodzenia dróg rodnych
- uszkodzenia pęcherza moczowego
- urazy szyjki macicy – pęknięcie (tzw. laceracja)
- krwawienia z dróg rodnych

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.

- przedwczesne pęknięcie błon płodowych
- indukcja czynności skurczowej macicy
- zakażenia / odczyn zapalny w szyjce macicy
- poronienie lub poród przedwczesny
- spełznięcie szwu.

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

Brak zgody na proponowany zabieg może doprowadzić do poronienia lub porodu przedwczesnego

5. 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

……
……
……

6. 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.

7. 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*
- *oczekiwanych wyników leczenia operacyjnego*
- *rokowania*
- *ewentualnego leczenia pooperacyjnego*

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 w postaci założenia szwu okrężnego na szyjkę macicy 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.