



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

IMIE I NAZWISKO PACJENTKI:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. ROZPOZNANIE

.....
.....

2. ZABIEG ROZWIĄZANIA CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

Opis zabiegu:

Cięcie cesarskie jest sposobem ukończenia ciąży lub porodu. Polega na warstwowym nacięciu powłok brzusznych oraz macicy i wydobyciu płodu. Otwarcie powłok zwykle wykonywane jest z cięcia poprzecznego nad spojeniem łonowym lub w niektórych przypadkach z cięcia podłużnego pośrodkowego dolnego (od pępka w dół do spojenia łonowego). Po wydobyciu płodu i łożyska zeszywane są kolejne warstwy powłok brzusznych.

Cięcie cesarskie przeprowadza się w osłonie antybiotykowej i w znieczuleniu ustalonym przez anestezjologa.

Ze względu na inwazyjność tego sposobu porodu istotne są przede wszystkim wskazania kliniczne do jego wykonania, gdyż każde cięcie cesarskie wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia powikłań w porównaniu z porodem fizjologicznym. Dlatego też w niektórych przypadkach w czasie wykonywania cięcia cesarskiego może zaistnieć konieczność rozszerzenia zakresu operacji. Każde kolejne cięcie cesarskie obarczone jest większym ryzykiem możliwych powikłań.

Wskazania do cięcia cesarskiego mogą być planowe tj. postawione przed porodem, lub pilne, wynikające z aktualnej sytuacji położniczej w trakcie porodu, kiedy to ciążę trzeba rozwiązać natychmiast a niewykonanie cięcia grozi obumarciem płodu.

Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników ryzyka związanych z porodem drogami natury, do których u Pani należą:

.....
.....

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. Macica na zawsze pozostaje z blizną, czyli miejscem osłabienia mięśniówki, co może stanowić zagrożenie dla kolejnych ciąż. Aby to zagrożenie zminimalizować, kolejna ciąża powinna być zaplanowana po co najmniej kilkunastu miesiącach od cięcia cesarskiego.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Lekarz nie ma możliwości zagwarantowania pełnego sukcesu zastosowanego leczenia. Brak jest możliwości całkowitego uniknięcia ryzyka związanego z zabiegiem, mogą wystąpić następujące powikłania:

:

- śródoperacyjne uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu
- krwotok wymagający podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórne krwawienie lub krwiaki wymagające przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjne uszkodzenie jelit
- niedrożność pooperacyjna jelit
- powstanie przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-maciczej)
- powikłania zakrzepowo-zatorowe (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapalenie otrzewnej
- zakażenie rany pooperacyjnej
- zapalenie pęcherza moczowego
- powstanie urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko. Nie każde cięcie cesarskie przebiega tak samo. Należy znać czynniki ryzyka związane z tą operacją, a należą do nich: otyłość, przebyte wcześniej cięcia cesarskie, zabiegi macicy lub w obrębie jamy brzusznej, zrosty, choroby współistniejące



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

wpływające na ogólne ryzyko operacyjne: nieuregulowane nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, cukrzyca, przebyty udar, choroba niedokrwienna serca, przebyta choroba zakrzepowo-zatorowa.

Część czynników ryzyka wynika z samej ciąży:

- rozejście się blizny po poprzednim cięciu cesarskim
- nieprawidłowe położenie łożyska i jego patologie (wrastanie w mięsień macicy),
- nieprawidłowe położenie płodu.

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 oraz dalszego przebiegu ciąży 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/Klinice. 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 rozumiem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Na wszystkie pytania 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.

Zgadzam się, bez zastrzeżeń na przeprowadzenie u mnie powyższego zabiegu operacyjnego 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*

lub

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia oraz dla zdrowia i życia rodzonego dziecka.

.....
.....
data podpis lekarza *podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna*