



Centrum Onkologii
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. Dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz,
Tel.: 52 374 30 00
I część kodu resortowego: 04-00061
Komórka organizacyjna, tel.
VII część kodu resortowego:

Bydgoszcz dnia,.....

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE
RAKA TRZONU MACICY / RAKA SZYJKI MACICY DROGĄ LAPAROSKOPII**

Nr historii choroby Płeć:
Pacjent: PESEL: Data urodzenia: RRRR/MM/DD
Nazwisko i imię pacjenta
ADRES: Telefon:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość
KOD ICD-10: Rozpoznanie (wg międzynarodowej klasyfikacji) (rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU GINEKOLOGICZNYM
radykalne wycięcie macicy z/bez przydatków drogą laparoskopii

Rozpoznano u Pani nowotwór złośliwy trzonu macicy lub szyjki macicy. Na tej podstawie zakwalifikowano Panią do operacji usunięcia narządu rodniczego. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Pani zaproponowano. Proszę zapoznać się z tymi informacjami i omówić nasuwające się Pani pytania z ginekologiem prowadzącym.

Wycięcie macicy z /bez przydatkami oraz usunięciem węzłów chłonnych miednicznych +/- okołoaortalnych (limfadenektomią miedniczną +/- okołoaortalną) drogą laparoskopii – definicja

Laparoskopia polega na wprowadzeniu do jamy brzusznej urządzenia optycznego i obejrzeniu narządu rodniczego (macicy, jajników i jajowodów) i sąsiednich narządów, po uprzednim wypełnieniu jamy brzusznej gazem i wytworzeniu odmy brzusznej. Zabieg operacyjny wykonuje się za pomocą narzędzi wprowadzonych do jamy brzusznej przez dodatkowe 2-3 trokary w kształcie rurek.

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Zgoda na zabieg operacyjny opracowana została w oparciu o obowiązujące wytyczne w zakresie ginekologii operacyjnej



TLH (total laparoscopic hysterectomy)/ LAVH (Laparoscopy- Assisted Vaginal Hysterectomy) czyli całkowite laparoskopowe usunięcie macicy (HISTEREKTOMIA), to zabieg obejmujący usunięcie całego organu: trzonu wraz z szyjką macicy. Operacja ta pozwala na usunięcie macicy w całości, bez konieczności jej rozkawałkowania. Wydobycie macicy odbywa się przez pochwę. Wskazaniem do przeprowadzenia tej operacji są mięśniaki macicy, adenomioza i inne, ale również rozrosty atypowe błony śluzowej macicy, włącznie z rakiem endometrium. Zabieg może odbywać się bez lub z jednoczesnym usunięciem przydatków tj. jajników oraz jajowodów. Dodatkowo w przypadku procesu złośliwego wychodzącego z trzonu macicy wykonuje się wycięcie węzłów chłonnych (limfadenektomii) w zakresie miednicy mniejszej i węzłów chłonnych okołoaortalnych (w określonych wskazaniach medycznych).

Rodzaje limfadenektomii:

1. **usunięcie węzłów wartowniczych** - biopsja węzła wartowniczego (SLN) w raku trzonu macicy/raku szyjki macicy to nowoczesna, precyzyjna metoda diagnostyczna, polegająca na identyfikacji i usunięciu pierwszego węzła chłonnego, do którego spływa chłonka z guza. Pozwala to ocenić zaawansowanie choroby (przerzuty) przy znacznie mniejszej inwazyjności i mniejszym ryzyku obrzęków limfatycznych niż pełna limfadenektomia. Najczęściej stosuje się znacznik w postaci **zieleni indocyjaninowej (ICG)**, która po podaniu w szyjkę macicy uwidacznia węzły w kamerze fluorescencyjnej podczas operacji. Kontrast do szyjki macicy podawany jest na początku zabiegu po znieczuleniu pacjentki. Procedura znajduje zastosowanie głównie we wczesnych stadiach raka endometrium (I, IIA), gdzie ryzyko przerzutów jest ograniczone.
2. **limfadenektomia miedniczna** - usunięcie tkanki limfatycznej z miejsc w miednicy (głównie w okolicy naczyń biodrowych) o największym ryzyku występowania przerzutów charakterystycznych dla danego nowotworu, co poprawia rokowania i umożliwia precyzyjne ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu (staging).
3. **limfadenektomia okołoaortalna** - zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu węzłów chłonnych wzdłuż aorty brzusznej. Stosowana głównie w ginekologii onkologicznej (rak jajnika, endometrium, szyjki macicy) w celu oceny zaawansowania choroby (diagnostyka) i usunięcia przerzutów

Podczas zabiegu endoskopowego może zaistnieć konieczność jego zmiany na operację techniką otwartą, czyli klasyczne nacięcie powłok brzusznych. Jest to tzw. konwersja do operacji techniką otwartą.

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.



Pobyt w szpitalu po tej operacji zwykle trwa około 2 - 3 dni, choć jeśli zajdzie taka konieczność okres ten może być dłuższy. Przed opuszczeniem szpitala zostanie Pani poinformowana o ewentualnych ograniczeniach w diecie i o zalecanych poziomie codziennej aktywności. Okres rehabilitacji i powrotu do pełnej sprawności zależy w dużym stopniu od Pani sprawności fizycznej, czasem może trwać nawet kilka tygodni. Najczęściej zachęcamy, aby rozpocząć lekkie, codzienne czynności tak szybko, jak to możliwe. Jednakże zalecamy unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego przez okres miesiąca. Przez kilka tygodni lub miesięcy może Pani odczuwać lekkie bóle i uczucie odrętwienia lub przeczulicy skóry w okolicy operowanej. Jest to wynik przecięcia wraz z powłokami ciała nerwów odpowiedzialnych za czuciowe unerwienie skóry. Pooperacyjne osłabienie mięśni okolicy operowanej może prowadzić do wystąpienia przepukliny lub pseudoprzepukliny objawiające się asymetrycznym uwypukleniem sylwetki tułowia, aczkolwiek tego typu powikłania w metodach małoinwazyjnych obserwuje się bardzo rzadko.

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....

.....

.....

Oczekiwane korzyści z zastosowanej metody leczenia

Proponowana Pani wyżej metoda leczenia pozwoli na uzyskanie całkowitego wyleczenia bądź stanowi jeden z etapów niezbędnego postępowania terapeutycznego w zakresie zdiagnozowanego u Pani schorzenia, który ma na celu poprawę rokowania pacjenta.

Dodatkowo, zabiegi małoinwazyjne wykonywane techniką laparoskopową cechują się licznymi korzyściami. Zalicza się do nich przede wszystkim mniejszy ból pooperacyjny, krótszy pobyt w szpitalu i znacznie szybszą rekonwalescencję w

Zgoda na zabieg operacyjny opracowana została w oparciu o obowiązujące wytyczne w zakresie ginekologii operacyjnej



porównaniu do klasycznej operacji. Dzięki mniejszym nacięciom i mniejszemu urazowi tkanek, uzyskujemy **lepsz efekt estetyczny** (małe blizny) oraz **niższe ryzyko infekcji i powikłań**, pozwalając na szybszy powrót do normalnych aktywności i pracy.

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

- **Krwawienie.** Krwawienie podczas zabiegu laparoskopii może mieć różne nasilenie i różną przyczynę. Ważne, by jakiegokolwiek leki wpływające na czynność płytek krwi lub krzepnięcia odstawić w zalecany czas przed zabiegiem i poinformować o tym lekarza prowadzącego. Niekiedy, zwłaszcza przy dużych guzach, może być wymagane śródoperacyjne przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych. Uszkodzenie dużych naczyń zdarza się wyjątkowo rzadko, ale może być przyczyną masywnego krwotoku zagrażającego życiu pacjenta.
- **Krwawienia późne.** Bardzo rzadko może wystąpić nadmierne krwawienie z drenu już po zakończeniu operacji. W takim przypadku stosuje się leczenie zachowawcze w postaci uzupełniania ubytków krwi lub niekiedy, jeśli krwawienie nie zmniejsza się po leczeniu zachowawczym, konieczna może być ponowna operacja, polegająca na kontroli łoża pozabiegowej i zaopatrzeniu krwawienia.

Rzadsze powikłania:

- **Śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu** – polega na przecięciu, zmiążdżeniu lub uszkodzeniu termicznym struktur układu moczowego. Objawy to zazwyczaj ból, gorączka, wyciek moczu, a leczenie wymaga doraźnej naprawy chirurgicznej (m.in. zszycie, zespolenia, implantacja stentu) lub odroczenia naprawy z drenażem w zależności od ciężkości oraz miejsca uszkodzenia
- **Śródoperacyjne uszkodzenie pętli jelitowych** – najczęściej dochodzi do niego podczas wprowadzania igły Veressa oraz trokarów. Główną przyczyną są rozległe zrosty (pozapalne, po poprzednich zabiegach) wewnątrz jamy brzusznej. Do uszkodzenia jelit może również dojść w następstwie oparzenia termicznego po zastosowaniu elektrokoagulacji. Około 15% tych obrażeń nie rozpoznaje się w trakcie laparoskopii. Skutki takich uszkodzeń (najczęściej jest to zapalenie otrzewnej) mogą się ujawnić po kilku dniach (w 4-6 dobie) od operacji. Powikłanie wymaga pilnej interwencji chirurgicznej, a zakres kolejnego zabiegu uzależniony jest od ciężkości oraz miejsca uszkodzenia i obejmuje m.in. resekcje jelitowe, wyłonienie stomii jelitowej, zespolenia jelitowe.
- **Niedrożność pooperacyjna jelit** – jest to stan zatrzymania pracy jelit, najczęściej ma on charakter fizjologiczny oraz przejściowy (tzw. niedrożność porażenna) i wynika z urazu chirurgicznego jaki stanowi operacja. Objawia się wzdęciami, nudnościami, wymiotami, brakiem oddawania stolca oraz gazów. Zazwyczaj objawy pojawiają się po operacjach jamy brzusznej, ustępuje w ciągu 48-72h (krócej po laparoskopii). Jeśli objawy nasilają się lub utrzymują, mogło dojść do



niedrożności mechanicznej (tj. blokada światła jelita spowodowana fizyczną przeszkodą, głównie przez zrosty wewnątrzbrzuszne lub przepukliny, rzadziej przez nowotwory, guzy czy ciała obce). W takich wypadkach wymagane jest leczenie operacyjne.

- **Powikłania zakrzepowo - zatorowe** - ryzyko wzrasta z powodu unieruchomienia i urazu naczyniowego podczas operacji, a objawy to m.in. obrzęk, ból nogi (ZŻG) lub duszność i ból w klatce (ZTP). Najczęściej ma ona charakter zakrzepicy żył głębokich, która może prowadzić do zatorowości płucnej (tj. skrzeplina oderwie się i zablokuje tętnicę w płucach), która jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia i wymaga pilnej interwencji lekarskiej.

- **Zapalenie otrzewnej** - ciężkie powikłanie, najczęściej spowodowane zakażeniem bakteryjnym toczącym się w j. brzusznej o różnej etiologii np. w wyniku uszkodzenia pętli jelitowych. Do głównych objawów należą silny ból brzucha, gorączka, nudności/wymioty. Jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia i wymaga pilnej interwencji lekarskiej. Podstawę leczenia stanowi antybiotykoterapia oraz leczenie operacyjne.

- **Zakażenie rany pooperacyjnej** - powikłanie, wywołane przez drobnoustroje. Objawia się m.in. zaczerwienieniem, obrzękiem, nierzadko bólem, gorączką, ropną wydzieliną z rany o nieprzyjemnym zapachu. Najczęściej występuje w 5-10 dobie po operacji i wymaga konsultacji z lekarzem z powodu ryzyka powikłań jak sepsa. Leczenie w większości przypadków jest zachowawcze i opiera się na zastosowaniu odpowiedniej antybiotykoterapii, higieny miejscowej rany pooperacyjnej oraz różnego rodzaju opatrunków specjalistycznych.

- **Zapalenie pęcherza moczowego** - infekcja, która może wystąpić po zabiegach ginekologicznych, głównym czynnikiem ryzyka jest cewnikowanie pęcherza moczowego. Objawy to ból, pieczenie przy oddawaniu moczu, częste parcia, mętny mocz, mocz o nieprzyjemnym zapachu, a w cięższych przypadkach gorączką i bólem okolicy krzyżowej. W skrajnych przypadkach może doprowadzić do urosepsy. Leczenie opiera się na celowanej antybiotykoterapii.

- **Odma/ rozedma podskórna** - gromadzenie się powietrza w tkance podskórnej po zabiegach chirurgicznych, objawiające się trzeszczeniem (krepitacją) przy dotyku i obrzękiem, zwykle nie jest groźna i ustępuje samoczynnie. Wymaga uwagi, by wykluczyć poważniejsze powikłania takie jak odma opłucnowa czy śródpiersia.

- **Zespoły przewodnienia** – jest wynikiem nadmiaru płynów w organizmie po operacji i wynika z zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej, najczęściej przez zbyt intensywne nawadnianie lub niewydolność nerek/serca, co prowadzi do obrzęków, wzrostu ciśnienia, obrzęku płuc, a nawet obrzęku mózgu (nudności, bóle głowy, zaburzenia świadomości). Wymaga ograniczenia płynów, farmakoterapii oraz właściwego leczenia przyczynowego, w ciężkich przypadkach istnieje możliwość dializoterapii.



Limfadenektomia, jak każda operacja, wiąże się z ryzykiem powikłań. Częstymi powikłaniami są:

- **Torbiele limfatyczne (lymphocele)** - gromadzenie się płynu chłonnego w tkankach, najczęściej powstające jako następstwo po wycięciu węzłów chłonnych. Jest to zbiornik bez torebki nabłonkowej, zazwyczaj zlokalizowany wewnątrzbrzusnie. Małe zmiany często wchłaniają się same, ale duże mogą wymagać drenażu, skleroterapii lub operacji.
- **Obrzęki limfatyczne kończyn dolnych** - przewlekłe gromadzenie się chłonki w tkankach kończyn dolnych, wynikające z usunięcia węzłów chłonnych w zakresie miednicy mniejszej. Objawia się obrzękiem, uczuciem ciężkości i napięciem skóry. Możliwe jest zastosowanie fizjoterapii celem leczenia zmian.

Odległe następstwa wycięcia macicy to m.in.:

- **Nietrzymanie moczu – dochodzi do niego na skutek** osłabienia mięśni dna miednicy lub uszkodzenia splotów nerwowych /zwieracza cewki moczowej. Objawy mogą obejmować wysiłkowe popuszczanie bądź parcia naglące. Najczęściej ma ono charakter przejściowy i samoistna poprawa następuje zwykle w ciągu kilku miesięcy (do roku). Podstawę leczenia stanowi fizjoterapia i fizykoterapia miednicy, ćwiczenia mięśni dna miednicy lub leczenie farmakologiczne. W niektórych przypadkach konieczne mogą być bardziej zaawansowane metody, takie jak operacje naprawcze z lub bez zastosowania specjalnej taśmy.
- **Zaburzenia statyki narządu rodного** - stan, w którym narządy miednicy (macica, pochwa, pęcherz moczowy lub pętle jelita) obniżają się/wypadają z prawidłowej pozycji. Najczęstszymi objawami są uczucie ciężkości lub kulistego ciała w pochwie. Mogą obejmować obniżenie przedniej ściany pochwy (cystocele), tylnej (rectocele), wypadanie macicy, czy przepuklinę jelitową (enterocele).
- **Zrosty pozabiegowe** - nieprawidłowe pasma tkanki bliznowatej, które „sklejają” narządy wewnętrzne ze sobą lub ze ścianą brzucha. Powstają one w procesie gojenia po urazie, infekcji czy zabiegu chirurgicznym. Bardzo często są bezobjawowe, ale w rzadkich przypadkach mogą prowadzić do dolegliwości bólowych, niedrożności jelit, problemów z płodnością, a nawet do uszkodzeń narządów. Leczenie obejmuje fizjoterapię, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, w ciężkich przypadkach możliwe jest leczenie operacyjne. Wykazują silną tendencję do nawrotów.
- **Zaburzenia w zakresie wypróżniania** - najczęściej mają charakter zaparć, są powszechne i wynikają ze znieczulenia, leków, mniejszego spożycia płynów i jedzenia oraz ograniczenia ruchu, a także ze zmian stosunków anatomicznych w miednicy mniejszej po operacji usunięcia macicy. Zwiększenie aktywności ruchowej, fizjoterapia, odpowiednia dieta są podstawą leczenia. Niekiedy wymagane jest leczenie farmakologiczne.



- **Objawy menopauzy u pacjentek w wieku prokreacyjnym po usunięciu jajników** - m.in. uderzenia gorąca, nocne poty, suchość pochwy, spadek libido, wahania nastroju. Dolegliwości mogą mieć charakter przejściowy lub przedłużający się. W większości przypadków możliwe jest zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii.

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

Informuję Panią, że niemożliwe jest zagwarantowanie korzystnego wyniku zabiegu i może nastąpić konieczność kolejnych operacji.

szacowane ryzyko powikłań i zgonu wskutek zabiegu – próbą matematycznego sposobu wyliczenia prawdopodobieństwa zdarzeń niepożądanych jest model oceny klinicznej tzw. skala P-POSSUM. Ponieważ nie istnieje idealny model oceny, również ten nie uwzględnia wszystkich informacji (korzystnych i niekorzystnych), które mogą mieć znaczenie w przypadku indywidualnego pacjenta.

Szacowane ryzyko powikłań po zabiegu wg P-POSSUM wynosi:%

Szacowane ryzyko zgonu wskutek zabiegu wg P-POSSUM wynosi:%

Alternatywne sposoby postępowania

Istnieje możliwość przeprowadzenia powyższej operacji metodą klasyczną z zastosowaniem techniki otwartej poprzez linijne nacięcie powłok skóry pośrodkowe lub poprzeczne.

Możliwe jest też zastosowanie leczenia nieoperacyjnego. W przypadku braku zgody na operację pacjentce zostanie zaproponowane leczenie bazujące na wykorzystaniu radioterapii z brachyterapią i ewentualnym wdrożeniu leczenia systemowego. To alternatywne leczenie, wiąże się jednak z gorszym rokowaniem i 5 – letnimi przeżyciami we wczesnych stadiach w/w nowotworów w stosunku do leczenia operacyjnego.

Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia/diagnostyki

Brak zgody na zaproponowane leczenie może skutkować:

- pogorszeniem stanu zdrowia – nieleczona choroba może postępować i dawać poważniejsze dolegliwości
- powikłania – choroba może prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń lub innych schorzeń



- pogorszenie rokowania – wczesna diagnoza i leczenie zazwyczaj zwiększają szanse na wyleczenie
- w skrajnych przypadkach brak leczenia może skutkować zgonem pacjenta

Co należy wiedzieć o zabiegu wycięcia macicy drogą laparoskopową?

Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa około kilku dni. W celu ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pani otrzymywać środki przeciwbólowe. W pierwszej dobie po operacji będzie można pić bez ograniczeń oraz spożywać pokarmy płynne i lekkostrawne. Pełną dietę pacjent otrzymuje w drugiej dobie po operacji. Przez jedną dobę po zabiegu będzie Pani miała pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym. Cewnik zwykle usuwany jest następnego dnia po operacji, a dren asekuracyjny usuwa się 1–2 dni później. Czasami jednak może okazać się konieczne utrzymanie drenu jeszcze przez kilka dni.

Wskazane jest wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania, ponieważ w tak krótkim czasie po operacji pacjent nie powinien prowadzić żadnych pojazdów. Należy również w planach osobistych i zawodowych uwzględnić pooperacyjny okres przeznaczony na rehabilitację. Trwa on zwykle od 2 do 4 tygodni. W tym czasie nie powinna Pani wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

Po upływie około 3 - 4 tygodni po operacji będzie miała Pani wyznaczony termin wizyty w Poradni Ginekologii Onkologicznej, gdzie otrzyma Pani wynik ostateczny badania histopatologicznego i ustalone zostanie dalsze postępowanie. Ustalenie ostatecznego rozpoznania pooperacyjnego w oparciu o wynik badania histopatologicznego ma istotny wpływ na dalsze leczenie.

Jak przygotować się do zabiegu?

Zgłaszając się w Izbie Przyjęć szpitala na zabieg planowy, konieczne jest przedłożenie skierowania do szpitala oraz okazanie dowodu tożsamości ze zdjęciem i numerem PESEL. Pakując się z myślą o hospitalizacji, należy przygotować się na około kilkudniowy pobyt i zabrać rzeczy, które w takim czasie mogą być przydatne. Absolutnie niezbędne jest wzięcie całej posiadanej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań obrazowych (opis w formie pisemnej), kart wypisowych z innych oddziałów, a także od lekarza rodzinnego, wyników badań zleconych przed operacją, wszystkich przyjmowanych na stałe leków oraz informacji od lekarzy specjalistów, pod opieką których się Pani znajduje, informacji i „paszportów” dotyczących implantów. Proszę też nie zapomnieć o dokumentach, które mogą być potrzebne podczas sporządzania wypisu ze szpitala (np. NIP zakładu pracy, legitymacja Honorowego Dawcy Krwi).



Bardzo istotne jest udzielenie lekarzowi dokładnych informacji o przyjmowanych lekach, ze szczególnym uwzględnieniem leków hamujących krzepnięcie krwi. Proszę o zapisanie na kartce nazw leków, dawkowania oraz pory przyjmowania leków, które pacjent stosuje.

Przed zabiegiem konieczne będzie całkowite usunięcie biżuterii (kolczyki, łańcuszki, pierścionki). Proszę zwłaszcza o zdjęcie obrączek i pierścionków z palców przed przyjęciem do szpitala, gdyż często okazuje się, że nie da się ich usunąć w dniu zabiegu bez ich uszkodzenia.

Spożywanie posiłków i napojów w dniu operacji jest zabronione. Personel szpitala poprosi pacjenta o pozostanie na czczo.

W praktyce oznacza to całkowity zakaz spożywania posiłków i płynów od północy dnia poprzedzającego operację. Może również być wymagane zastosowanie środków oczyszczających jelito. Ponadto w przeddzień zabiegu konieczne będzie ogolenie skóry w operowanej okolicy oraz utrzymanie stosownej higieny osobistej (kąpiel). W dniu operacji, rano, proszę jedynie przyjąć te leki, które wskaże Pani lekarz prowadzący lub anestezjolog i popić je minimalną ilością wody. W razie wątpliwości proszę koniecznie przyjęcie jakichkolwiek leków skonsultować z lekarzem. Nieprzestrzeganie powyższych zasad może poważnie zagrozić Pani zdrowiu i życiu oraz może być powodem czasowego zdyskwalifikowania Pani z zaplanowanej operacji.

Wytyczne dotyczące rekonwalescencji po przebytym wycięciu macicy z /bez przydatków drogą laparoskopową

- Proszę pić dużo płynów (min. 2,5l/dobę). Ma to na celu usprawnienie funkcjonowania układu moczowego.
- Proszę nie stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawiła Pani doustne leki przeciwkrzepliwe i rozpoczęła stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres minimum 4 tygodni po operacji.
- Proszę nie dopuszczać do zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. Ważne jest przestrzeganie zdrowej i zrównoważonej diety, zawierającej owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste i niskotłuszczowe pokarmy. Zalecane jest ograniczenie dziennego spożycia soli i zwracanie szczególnej uwagi na zawartość soli (sodu) w żywności przetworzonej (opis produktu na opakowaniu). W celu dobrania odpowiedniego schematu żywieniowego warto skorzystać z pomocy dietetyka.
- Istotne jest ograniczenie spożycia alkoholu i kofeiny. W wybranych przypadkach lekarz może zalecić całkowite wyeliminowanie tych produktów z diety.



- Wskazane są regularne ćwiczenia fizyczne, w natężeniu dobranym do stanu zdrowia i kondycji fizycznej. Są one bardzo ważnym elementem powrotu do zdrowia.
- Bezwzględnie przeciwwskazane jest palenie tytoniu.
- Wstrzymanie się od współżycia przez okres ok. 4 tygodni od operacji.
- Przebyte leczenie z powodu choroby nowotworowej może być przyczyną zaburzeń Pani nastroju, uczucia niepewności, przygnębienia, depresji. W takich sytuacjach warto skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zachęcamy do kontaktu z ginekologiem prowadzącym.

Planowane leczenie - Przewidywany zakres leczenia:

.....

.....

.....

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego. Jeśli chce Pan/i uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Uwagi pacjenta:

.....

.....

.....

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego



Oświadczenie

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

**Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem
wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie**

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych
negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia**

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zgoda na zabieg operacyjny opracowana została w oparciu o obowiązujące wytyczne w zakresie ginekologii operacyjnej



Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.

.....
data, godzina

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającymi na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
data, godzina

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zgoda na zabieg operacyjny opracowana została w oparciu o obowiązujące wytyczne w zakresie ginekologii operacyjnej