



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 PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JAJNIKA

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 PRZY PODEJRZENIU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO JAJNIKA

Podejrzewa się u Pani nowotwór złośliwy jajnika. Na tej podstawie zakwalifikowano Panią do operacji drogą laparotomii. Zakres operacji zależny jest od wyniku śródoperacyjnego badania histopatologicznego oraz od zaawansowania choroby. 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 lekarzem prowadzącym.

Laparotomia diagnostyczna - definicja

Laparotomia diagnostyczna - otwarcie jamy brzusznej poprzez cięcie powłok brzusznych w celu oceny narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej, stopnia zaawansowania choroby oraz możliwości radykalnego leczenia operacyjnego.

Co wchodzi w zakres laparotomii diagnostycznej:

- pobranie płynu z jamy otrzewnej (jeśli obecny) lub popłuczyn otrzewnowych do badania cytologicznego,
- dokładna ocena narządów (jajniki, macica, jelita, wątroba, przepona, otrzewna),
- pobranie wycinków z podejrzanych zmian oraz wykonanie śródoperacyjnego badania histopatologicznego

Śródoperacyjne badanie histopatologiczne- definicja

Śródoperacyjne badanie histopatologiczne to szybka diagnostyka mikroskopowa świeżego materiału tkankowego, przeprowadzana w trakcie operacji. Pozwala potwierdzić diagnozę (złośliwość guza) co bezpośrednio wpływa na decyzję

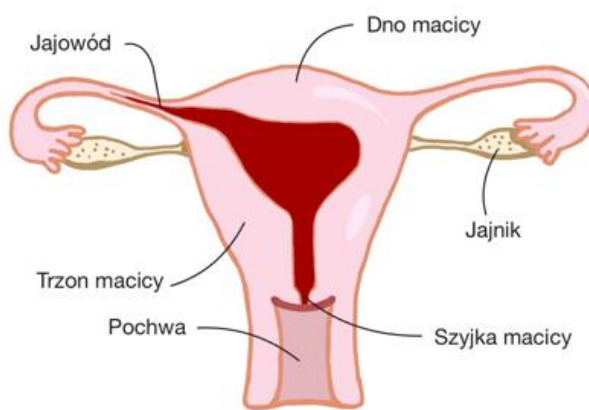


o rozszerzeniu lub zakończeniu zabiegu.

Zakres możliwego zabiegu

Zakres operacji jest uzależniony od obrazu śródoperacyjnego oraz wyniku śródoperacyjnego badania histopatologicznego wykonywanego w trybie pilnym. Leczenie operacyjne stanowi podstawę postępowania terapeutycznego w nowotworach złośliwych jajnika. Celem leczenia jest określenie stopnia zaawansowania nowotworu poprzez pobranie różnych tkanek w obrębie jamy brzusznej (staging) oraz usunięcie jak największej ilości tkanek nowotworowych (cytoredukcja). Zakres planowanego zabiegu uzależniony jest od stopnia zaawansowania nowotworu. Ostateczna decyzja co do rozległości zabiegu podejmowana jest przez operatora w trakcie operacji w celu zapewnienia optymalnego leczenia. Możliwy zakres zabiegu w zależności od obrazu klinicznego:

- Histerektomia z przydatkami: zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu całej macicy (trzonu wraz z szyjką) oraz przydatków, czyli jajników i jajowodów.



Przed histerektomią

- Omentektomia: zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu sieci większej (jest to podwójny fałd otrzewnej, bogaty w tkankę tłuszczową, który pokrywa narządy jamy brzusznej. Jest częstym miejscem szerzenia się nowotworu jajnika)
- Limfadenektomia miednicza: zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu węzłów chłonnych zlokalizowanych w obrębie miednicy mniejszej. Wykonuje się ją celem oceny stopnia zaawansowania nowotworu (staging)
- Limfadenektomia okołoaortalna: zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu węzłów chłonnych wzdłuż aorty brzusznej. Wykonuje się ją celem oceny stopnia zaawansowania nowotworu (staging)
- Cytoredukcja: chirurgiczne zmniejszenie masy nowotworu, mające na celu usunięcie jak największej części widocznych zmian. Pozwala zwiększyć skuteczność dalszego leczenia i poprawić rokowania. Może obejmować usunięcie zmian w otrzewnej, resekcję fragmentów narządów i całych narządów zajętych przez nowotwór
- Dodatkowe procedury w zależności od zaawansowania choroby: resekcja fragmentu jelita cienkiego i grubego (wykonanie zespolenia jelitowego lub wyłonienie stomii czasowej lub końcowej), usunięcie wyrostka robaczkowego, częściowe usunięcie otrzewnej (peritonektomia), usunięcie zmian z powierzchni wątroby, przepony lub śledziony, inne procedury chirurgiczne niezbędne do uzyskania maksymalnej cytoredukcji.



- = Stomia jelitowa (sztuczny odbyt) to chirurgicznie wytworzone połączenie jelita (cienkie lub grube) z powierzchnią skóry brzucha, umożliwiające wydalanie treści jelitowej do worka stomijnego, gdy naturalna droga jest niemożliwa.
- = Urostomia to chirurgicznie wytworzone, zazwyczaj trwałe, sztuczne ujście moczu na powierzchni brzucha, stosowane, gdy pęcherz lub drogi moczowe są uszkodzone, usunięte (np. z powodu raka) lub nie funkcjonują. Mocz spływa nieprzerwanie do specjalnego worka urostomijnego, co wymaga regularnej higieny i wymiany sprzętu, jednak pozwala na powrót do aktywnego życia.
- Wytrzewienie tylne (ang. *posterior exenteration*) to ultraradykalna operacja w ginekologii onkologicznej, polegająca na usunięciu macicy, przydatków (jajników, jajowodów), górnej części pochwy oraz odbytnicy wraz z esicą. Zabieg ten stosuje się w zaawansowanym raku jajnika lub szyjki macicy, gdy nowotwór nacieka narządy tylne miednicy
- Wytrzewienie całkowite (łac. *exenteratio pelvis*) to skrajnie rozległy zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu wszystkich narządów miednicy mniejszej (macicy, jajników, pęcherza, odbytnicy) z powodu zaawansowanych nowotworów. Zabieg wymaga stworzenia sztucznych dróg wydalania (uropatii/kolostomii)

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

- Krwawienie: krwawienie 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. W czasie operacji często występuje krwawienie z licznych drobnych naczyń. Niekiedy, zwłaszcza przy dużych guzach, może być wymagane śródoperacyjne przetoczenie krwi lub preparatów krwio pochodnych.
- Krwiaki i krwawienia późne: bardzo rzadko może wystąpić nadmierne krwawienie z drenu już po zakończeniu operacji. W takim przypadku wymagane może być ponowne otwarcie rany i zaopatrzenia krwawienia lub leczenie zachowawcze polegające na uzupełnieniu utraty krwi. Rzadko w okolicy operowanej tworzą się krwiaki, bardzo często występuje zasinienie skóry okolicy operowanej, które ustępuje w przeciągu kilkunastu dni-do kilku tygodni.
- Powikłania infekcyjne: często może wystąpić zakażenie rany pooperacyjnej i bardzo rzadko zakażenie organizmu (sepsa). W przypadku sepsy niektórzy pacjenci wymagają czasowego pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Ryzyko zgonu jest niskie, jednak nie można go wykluczyć całkowicie. W celu profilaktyki zakażeń, stosowana jest antybiotykoterapia przed operacją.
- Powikłania z układu moczowego: powikłania ze strony układu moczowego wynikają głównie z bliskiego sąsiedztwa narządów miednicy i wspólnego przebiegu struktur anatomicznych, zwłaszcza moczowodów i pęcherza. Najczęściej spotykane jest uszkodzenie pęcherza moczowego, Na liczbę powikłań wpływa cięcie cesarskie. Do otwarcia pęcherza dochodzi u ponad 20% pacjentek z więcej niż 3 cięciami cesarskimi w wywiadzie. Jedno cięcie cesarskie zwiększa to ryzyko o 12%. Powoduje to również wzrost ryzyka reoperacji w ciągu 30 dni oraz wzrost ryzyka transfuzji krwi. Uszkodzenie moczowodu może wynikać z ich podwiązania, przecięcia lub termicznego uszkodzenia, co skutkuje zastojem moczu, poszerzeniem układu kielichowo-miedniczkowego, bólem w okolicy lędźwiowej, gorączką, a w dłuższej perspektywie nawet pogorszeniem funkcji nerki. Do charakterystycznych późnych powikłań należą przetoki moczowe, przede wszystkim pęcherzowo-pochwowe oraz moczowodowo-pochwowe. Objawiają się one stałym, niezależnym od mikcji wyciekem moczu przez pochwę, co jest dla pacjentki bardzo uciążliwe i wymaga leczenia



zabiegowego. Ryzyko tych powikłań zależy od zakresu operacji, techniki chirurgicznej oraz obecności zmian anatomicznych, takich jak zrosty czy naciekanie tkanek przez proces chorobowy.

- Powikłania z układu pokarmowego: najpoważniejszym problemem jest uszkodzenie jelita, najczęściej esicy lub jelita cienkiego. Może do niego dojść mechanicznie w trakcie preparowania albo poprzez uszkodzenie termiczne. Jeśli zostanie rozpoznane śródoperacyjnie, zwykle jest zaopatrywane od razu, natomiast nierozpoznane może ujawnić się po kilku dniach jako narastający ból brzucha, gorączka, objawy otrzewnowe czy nawet sepsa. Stosunkowo częstym zjawiskiem po operacjach w jamie brzusznej jest pooperacyjna niedrożność porażenna jelit, związana z przejściowym zahamowaniem perystaltyki. Objawia się wzdęciem, brakiem gazów i stolca, nudnościami, czasem wymiotami. Zwykle ma charakter przejściowy, ale wymaga obserwacji i leczenia zachowawczego. W dalszej perspektywie mogą powstawać zrosty wewnątrzotrzewnowe, które są jedną z najczęstszych przyczyn późnej niedrożności mechanicznej jelit – może ona wystąpić nawet wiele miesięcy czy lat po zabiegu i objawiać się kolkowym bólem brzucha, wymiotami i zatrzymaniem pasażu jelitowego. Rzadziej dochodzi do uszkodzeń odbytnicy, szczególnie przy trudnych operacjach w miednicy mniejszej. Może to skutkować powstaniem przetoki odbytniczo-pochwowej, która objawia się obecnością gazów lub treści jelitowej w pochwie i wymaga leczenia chirurgicznego. U części pacjentek pojawiają się także mniej specyficzne dolegliwości, takie jak przewlekłe bóle brzucha, uczucie ciągnięcia czy zaburzenia rytmu wypróżnień, często związane ze zrostami lub zmianą anatomii po operacji.
- Zaburzenia statyki dna miednicy: usunięcie macicy zmienia układ aparatu powięziowo-więzadłowego i napięcie mięśniowe. Najbardziej charakterystycznym problemem jest wypadanie szczytu pochwy, czyli tzw. prolaps kikutu pochwy. Szczyt pochwy, który wcześniej był stabilizowany m.in. przez więzadła krzyżowo-maciczne i szerokie, traci część podparcia i z czasem może obniżać się w kierunku przedsionka pochwy lub nawet na zewnątrz. Często nie jest to izolowane zjawisko. Wraz z obniżeniem szczytu pochwy mogą współistnieć inne postacie zaburzeń statyki, takie jak cystocele (obniżenie przedniej ściany pochwy z uwypukleniem pęcherza) czy rectocele (uwypuklenie odbytnicy do tylnej ściany pochwy). W efekcie pacjentki zgłaszają uczucie „ciągnięcia” lub ciężaru w podbrzuszu, obecność „guzka” w pochwie, dyskomfort przy chodzeniu czy współżyciu, a także objawy czynnościowe – trudności w oddawaniu moczu, zaleganie moczu, nietrzymanie moczu albo problemy z wypróżnianiem.
- Przedłużony wyciek z drenu: może także wystąpić przedłużony wyciek z drenu, zazwyczaj treści chłonnej lub surowiczej, który wymaga pozostawienia drenu na dłuższy okres, sporadycznie nawet po wypisaniu ze szpitala.
- Limfocele: mogą tworzyć się zbiorniki płynowe wypełnione limfą, tak zwane limfocele w miejscu po usuniętych węzłach chłonnych. Zazwyczaj wchłaniają się w przeciągu kilku tygodni.
- Uszkodzenie nerwu zasłonowego- możliwe powikłanie po limfadenektomii, uszkodzenie nerwu zasłonowego może powodować zniesienie czynności przywodzenia uda co skutkuje utrudnieniem chodzenia, zaburzeniem czucia na wewnętrznej powierzchni skóry uda, zaburzeniem funkcji zginania i prostowania w stawie biodrowym
- Uszkodzenie struktur naczyniowych- możliwe powikłanie po limfadenektomii. Uszkodzenie jest zwykle rozpoznawane śródoperacyjnie stąd skutki tego powikłania są zminimalizowane.
- Obrzęk limfatyczny- powikłanie limfadenektomii. Może występować jako symetryczny i niesymetryczny obrzęk



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

Jeśli pacjentka z rakiem jajnika nie wyraża zgody na leczenie operacyjne, nie oznacza to braku możliwości terapii, ale trzeba jasno powiedzieć, że leczenie chirurgiczne (tzw. cytoredukcja) jest jednym z kluczowych elementów leczenia i jej pominięcie zwykle pogarsza rokowanie. W takiej sytuacji postępowanie opiera się głównie na leczeniu systemowym. Podstawą leczenia alternatywnego jest chemioterapia.

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
- ≡ brak leczenia może skutkować zgonem pacjenta

Hospitalizacja

Pobyt w szpitalu po tej operacji zwykle trwa około kilku-kilkunastu dni, choć jeśli zajdzie taka konieczność okres ten może być dłuższy. Przed opuszczeniem szpitala zostanie Pani poinformowana o ewentualnych ograniczeniach 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 miesięcy. 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 ból i uczucie ciągnięcia największy w pierwszych dniach, potem stopniowo maleje. Może się nasilać przy kaszlu, śmiechu, wstawaniu. Mogą występować zaburzenia czucia takie jak drętwienie, mrowienie wokół blizny, które wynika z przecięcia drobnych nerwów (utrzymuje się miesiącami, czasem częściowo trwale). Po operacjach drogą laparotomii występuje przejściowe spowolnienie pracy jelit (tzw. porażenie pooperacyjne). Bardzo ważne jest prawidłowe dbanie o higienę rany pooperacyjnej. Jej zaniedbanie może prowadzić do infekcji objawiającej się zaczerwienieniem rany, obrzękiem, sączeniem się treści ropnej a w konsekwencji do rozejścia się rany oraz infekcji ogólnoustrojowej.



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 kilku-kilkunastodniowy 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 oraz płyta CD/DVD z nagraniem badaniem), 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).

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 godzin popołudniowych 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 przebytej operacji:

- 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/rozpoczął stosowanie



iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.

- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres minimum 6 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.
- 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.

Wyniki i leczenie uzupełniające

Dalsze leczenie, będzie zależało od ostatecznego wyniku badania histopatologicznego. Konieczne może być leczenie uzupełniające opierające się głównie na zastosowaniu leczenia systemowego np. chemioterapii. Przeżycie 5 lat przez pacjentów po radykalnym wycięciu macicy zależy od stopnia zaawansowania i stopnia złośliwości guza stwierdzonego w badaniu histopatologicznym. Szczegółowe informacje na ten temat może Pani uzyskać od lekarza prowadzącego.

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/am 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/am 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/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

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/a, 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

WZŁÓŻ