



INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZAŁOŻENIE I STOSOWANIE HORMONALNEJ ANTYKONCEPCJI WEWNĄTRZMACICZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:

PESEL:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. ZAŁOŻENIE I STOSOWANIE HORMONALNEJ ANTYKONCEPCJI WEWNĄTRZMACICZNEJ

Opis zabiegu:

Założenie hormonalnej koncepcji domacicznej (wkładki) jest zabiegiem nieinwazyjnym, niechirurgicznym i trwa zwykle kilka minut. Wkładkę zakłada lekarz ginekolog podczas krwawienia miesięczkowego.

Po założeniu wkładki pacjentka może odczuwać skurcze macicy (podobne jak w czasie miesiączki), które zwykle ustępują po kilku godzinach od zabiegu.

2. 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 uszkodzenie ciągłości ściany macicy, które może wymagać wycięcia macicy
- śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu
- śródoperacyjne uszkodzenie jelit
- krwotok śródoperacyjny, wtórnym krwawieniom lub krwiakach, mogących wymagać przetoczenia krwi lub reoperacji (ponownego otwarcia jamy brzusznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych
- zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego

Ciężkie, zagrażające życiu powikłania zabiegu założenia wkładki są niezwykle rzadkie (ryzyko poniżej 1/1000)

3. 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 ZABIEGU

.....
.....

4. 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.

Zostałam poinformowana o alternatywnych możliwościach antykoncepcji niż założenie wkładki wewnątrzmacicznej, łącznie z możliwością jej zaniechania.

Miałam czas i możliwość zadania wszelkich pytań lekarzowi prowadzącemu i otrzymałam zrozumiałe odpowiedzi

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do uzyskanych informacji:

- Otrzymałam precyzyjną informację na temat terminów kolejnych badań kontrolnych oraz ostatecznego (najpóźniejszego) terminu usunięcia wkładki
- Zostałam w sposób szczegółowy i zrozumiały poinformowana przez lekarza przyjmującego niniejsze oświadczenie o celu zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej, ryzyku związanym z zabiegiem, możliwych do przewidzenia następstwach dla zdrowia w przyszłości, tajemnicy lekarskiej, sposobu gromadzenia i przechowywania danych osobowych, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony tych danych



INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
ZAŁOŻENIE I STOSOWANIE HORMONALNEJ ANTYKONCEPCJI WEWNĄTRZMACICZNEJ

- Zgadzam się na dołączenie niniejszej zgody do dokumentacji medycznej oraz jej przechowywanie zgodnie z zasadami określonymi dla dokumentacji medycznej.
- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i dobrowolnie zgadzam się na wykonanie zabiegu założenia wkładki wewnątrzmacicznej

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.
Zgadzam się, bez zastrzeżeń na przeprowadzenie u mnie powyższego zabiegu oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu 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
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

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