

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Cięcie cesarskie

Zebranie zespołu ekspertów odbyło się w dniu 16 maja 2008 roku w Poznaniu

Przewodniczący:

prof. dr hab. med. Ryszard Poręba

Członkowie:

prof. dr hab. med. Jacek Brązert
 prof. dr hab. med. Bogdan Chazan
 prof. dr hab. med. Ryszard Czajka
 prof. dr hab. med. Krzysztof Czajkowski
 prof. dr hab. med. Romuald Dębski
 prof. dr hab. med. Krzysztof Drewnowski
 prof. dr hab. med. Stefan Jaworski
 dr hab. med. Agata Karowicz-Bilińska
 dr hab. med. Janusz Kubicki
 prof. dr hab. med. Marek Kulikowski
 prof. dr hab. med. Tadeusz Laudański
 dr med. Krzysztof Makuch
 prof. dr hab. med. Witold Malinowski
 prof. dr hab. med. Longin Marianowski
 prof. dr hab. med. Tomasz Niemiec
 prof. dr hab. med. Anita Olejek
 prof. dr hab. med. Jan Oleszczuk
 prof. dr hab. med. Przemysław Oszukowski
 prof. dr hab. med. Stanisław Radowski
 prof. dr hab. med. Alfred Reroń
 prof. dr hab. med. Elżbieta Ronin-Walknowska
 prof. dr hab. med. Zbigniew Słomko
 prof. dr hab. med. Wiesław Szymański
 dr hab. med. Mirosław Wielgoś
 prof. dr hab. med. Jan Wilczyński
 prof. dr hab. med. Mariusz Zimmer
 prof. dr hab. med. Edmund Waszyński
 prof. dr hab. med. Michał Józwik

Zwiększająca się częstość cięć cesarskich zarówno pierwszorazowych, jak i wielokrotnych, a także możliwość wzrostu zachorowalności związanej z powikłaniami okołoperacyjnymi u matek nakazuje podjęcie szerokiej dyskusji i wypracowanie rekomendacji PTG dotyczących zagadnienia cięcia cesarskiego i próby ograniczenia dalszego wzrostu liczby tych operacji.

Decydujące znaczenie przy wyborze metody ukończenia porodu ma sytuacja położnicza oraz doświadczenie lekarza podejmującego decyzję. Do podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania ciąży, czy ukończenia porodu konieczna jest szczegółowa analiza aktualnej sytuacji położniczej.

Niniejsze rekomendacje opracowane i zaakceptowane przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego odzwierciedlają szeroką problematykę cięcia cesarskiego dotyczącą:

- wskazań do cięcia cesarskiego,
- rodzajów cięć cesarskich,
- metod znieczulenia do cięcia cesarskiego,
- porodu po cięciu cesarskim,
- cięcia cesarskiego na życzenie, bez wskazań medycznych,
- formularza świadomej zgody pacjentki na cięcie cesarskie.

Stanowisko PTG

Cięcie cesarskie jako operacja położnicza ma na celu ukończenie ciąży lub porodu, gdy dalsze oczekiwanie na ich naturalne zakończenie przedstawia niebezpieczeństwo dla matki dziecka.

Wskazania do cięcia cesarskiego

Współcześnie dysponując nowymi metodami diagnostycznymi, pozwalającymi ocenić bardzo precyzyjnie stan płodu i matki, powinno rozpatrywać się wskazania do cięcia cesarskiego w kategoriach wskazań prewencyjnych lub według kryterium stopnia pilności operacji. Usystematyzowanie wskazań do cięcia cesarskiego pod kątem ich praktycznego zastosowania należy uznać za najbardziej przydatny.

Wskazania według kryterium stopnia pilności operacji¹²

Podział uwzględnia cztery grupy wskazań.

1. Wskazania elektywne (planowe).
2. Wskazania pilne.
3. Wskazania nagłe.
4. Wskazania nagłe (natychmiastowe).

1. Wskazania elektywne (planowe)

Nie ma potrzeby niezwłocznego wykonania operacji – cięcie cesarskie odbywa się w ustalonym terminie, czynniki uniemożliwiające poród siłami natury są znane, nie ma bezpośredniego zagrożenia życia matki, ani płodu przed rozpoczęciem czynności skurczowej. Ciężarna może bezpiecznie oczekiwać na cięcie cesarskie (dni, a nawet tygodnie).

Przykłady:

- nieprawidłowe położenie płodu,
- niewspółmierność płodowo–miednicza (wady anatomiczne miednicy, makrosomia od 4500g, duży płód w cukrzycy od 4250g),
- cienka błona macicy poniżej < 2mm,
- wskazania pozapołożnicze (neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, hematologiczne, kardiologiczne, psychiatryczne, inne).

Decyzję podejmuje: doświadczony położnik wypełniając i podpisując odpowiednio opracowany formularz kwalifikacji do cięcia.

2. Wskazania pilne

Czynniki potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu matki i płodu istnieją, ale nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia w danej chwili lecz istnieją przesłanki, że pogorszenie może wystąpić w każdej chwili, a dalsze oczekiwanie i ewentualny postęp porodu może pogorszyć sytuację położniczą i warunki do wykonania cięcia. Pacjentka powinna być operowana po uzyskaniu wyników niezbędnych badań.

Przykłady:

- nieprawidłowe ułożenie główki,

- nieprawidłowe położenie płodu przy trwającej czynności skurczowej,
- dystocja szyjkowa,
- ciężki stan przedrzucawkowy,
- poród przedwczesny płodu, dla którego poród drogami rodnymi stanowi poważne ryzyko uszkodzenia lub śmierci.

Decyzję podejmuje: doświadczony położnik wypełniając i podpisując odpowiednio opracowany formularz kwalifikacji do cięcia.

3. Wskazania nagłe

Zaburzenia potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu matki oraz płodu występują i powtarzają się w krótkich odstępach czasu, bezpośrednie zagrożenie życia matki lub płodu może nastąpić w każdej chwili, pacjentka powinna być operowana jak najszybciej. Należy pobrać krew na badania laboratoryjne i oczekiwać wyników podczas trwania operacji.

Przykłady:

- powtarzające się epizody bradykardii,
- deceleracje późne lub zmienne przy nieefektywnej czynności skurczowej niezapewniającej prawidłowego postępu porodu
- głęboka bradykardia płodu nie reagująca na leczenie zachowawcze

Decyzję podejmuje: doświadczony położnik wypełniając i podpisując odpowiednio opracowany formularz kwalifikacji do cięcia.

4. Wskazania nagłe – natychmiastowe

Zaburzenia płodowe lub matczyne występujące w sposób ciągły, bezpośrednio zagrażają życiu i zdrowiu matki lub płodu. Cięcie powinno być wykonane natychmiast, bez oczekiwania na wyniki badań laboratoryjnych, a nawet bez oznaczenia grupy krwi. Krew do badań laboratoryjnych należy pobrać w trakcie trwania operacji.

Przykłady:

- wypadnięcie pępowiny,
- podejrzenie krwotoku wewnętrznego spowodowanego pęknięciem macicy,
- przedwczesne odklejenie łożyska,
- rzucawka,
- zagrażająca rzucawka,
- zaburzenia czynności serca płodu.

Decyzję o konieczności wykonania nagłego cięcia cesarskiego podejmuje doświadczony położnik.

Wskazania pozapołożnicze

Wskazania pozapołożnicze powinny być ustalane indywidualnie dla każdej ciężarnej w zespole interdyscyplinarnym.

Wskazania kardiologiczne

- W zależności od stopnia niewydolności krążenia. Obejmują schorzenia powodujące III i IV stopień

niewydolności krążenia w skali NYHA. Stopień I i II w skali NYHA nie stanowi wskazań do cięcia cesarskiego.

Wskazania pulmonologiczne

- Określa się w czasie ciąży lub w trakcie porodu analizując gazometrię i stopień niewydolności oddechowej objawiający się hiperwentylacją z towarzyszącą hipokapnią, spadkiem saturacji i zaburzeniami pH.
- Schorzenia ograniczające pojemność życiową płuc.

Wskazania okulistyczne

- Wskazania do operacji cięcia cesarskiego w przypadku niektórych schorzeń mających wpływ na stan narządu wzroku obejmują obecnie wyłącznie zaawansowane retinopatie i odwarstwienie siatkówki.
- Decyzję o konieczności wykonania cięcia cesarskiego podejmuje specjalista położnik po uwzględnieniu pisemnej opinii okulisty.

Wskazania ortopedyczne

- W większości pokrywają się z patologią położniczą w obrębie miednicy.
- Zmiany w kręgosłupie uniemożliwiające poród siłami i drogami natury.
- Decyzję o konieczności wykonania cięcia cesarskiego podejmuje specjalista położnik po uwzględnieniu pisemnej opinii ortopedy.

Wskazania neurologiczne

- Decyzję o konieczności wykonania cięcia cesarskiego podejmuje specjalista położnik po uwzględnieniu pisemnej opinii neurologa.

Wskazania psychiatryczne

Są rzadkimi, ale jednymi z bardziej kontrowersyjnych wskazań pozapołożniczych. Najczęściej w uzasadnieniu wskazuje się na brak akceptacji porodu siłami natury i nastawienie lękowe do porodu. Wiele tego typu wskazań należy traktować krytycznie oraz rozważać je jako wskazania czasowe, które mogą podlegać weryfikacji w czasie skutecznej psychoterapii i farmakoterapii oraz nabywania wiedzy o porodzie w szkole rodzenia.

Wskazania do cięcia cesarskiego w ciąży wielopłodowej

Poród w ciąży wielopłodowej, niezależnie od stopnia intensyfikacji opieki prenatalnej, stanowi dla płodów kolejne zagrożenie, znacznie wyższe od stwierdzanego w porodzie jedнопłodowym. Występują ze zwiększoną częstością, zarówno wszystkie powikłania, jakie towarzyszą porodowi pojedynczego płodu, jak i inne specyficzne wyłącznie dla ciąży wielopłodowych, stanowiąc dodatkowe zagrożenie dla prawidłowego przebiegu porodu.

Wskazania elektywne:

- każda sytuacja nieprawidłowego położenia jednego z płodów,
- zespół TTTS,
- istotna różnica masy ciała płodów >20%.

Wskazania względne:

- ciąża bliźniacza jednokosmówkowa dwuowodniowa,
- stan po cięciu cesarskim,
- pierworódka: płód pierwszy w położeniu podłużnym główkowym, drugi w innym położeniu.

Wskazania nagłe:

- zagrażające niedotlenienie któregośkolwiek płodu,
- brak możliwości odbycia porodu drogami rodnymi.

Cięcie cesarskie na drugim płodzie po porodzie pochwowym pierwszym

Wskazania:

- położenie poprzeczne drugiego płodu,
- objawy zagrożenia niedotlenieniem drugiego płodu,
- wypadnięcie pępowiny drugiego płodu,
- przedwczesne odklejenie łożyska,
- przedłużająca się (>60min) przerwa pomiędzy porodami bliźniąt w ciąży donoszonej.

Wskazania do cięcia cesarskiego w położeniu podłużnym miednicowym płodu

- Za wskazania do cięcia cesarskiego w przypadku położenia miednicowego płodu należy przyjąć pierworódki bez względu na rodzaj ułożenia płodu.
- W wybranych przypadkach położenia podłużnego miednicowego płodu, po uwzględnieniu przeciwwskazań, należy podjąć próbę wykonania obrotu zewnętrznego płodu.
- Poród z położenia podłużnego miednicowego płodu może odbyć się drogami natury przy odpowiednich warunkach współmierności płodowo-miedniczej (obszerna miednica kostna, masa ciała płodu <3500g) oraz przy akceptacji takiego rozwiązania przez ciężarną.
- Należy uwzględnić czynniki istotne dla rokowania przy prowadzeniu porodu drogami naturalnymi w położeniu miednicowym płodu.¹¹

Rodzaje cięć cesarskich

Powszechnie stosowanymi technikami są:

- Cięcie cesarskie przezotrzewnowe, poprzeczne w dolnym odcinku z otwarciem jamy brzusznej sposobem Pfannenstiela lub z cięcia prostego.
- Cięcie sposobem Misgav-Ladach.

Rzadziej stosowanymi technikami są:

- Cięcie klasyczne – które wykonuje się, gdy wymaga tego sytuacja kliniczna.
- Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe.

Znieczulenie do cięcia cesarskiego

Z medycznego punktu widzenia wybór rodzaju znieczulenia powinien zależeć zarówno od potrzeb zespołu operacyjnego, jak i pacjentki oraz od możliwości technicznych i umiejętności anestezjologa.

Wyróżnia się:

- znieczulenie ogólne (dożylnie i dotchawicze),
- znieczulenie kanałowe (dolędźwiowe).

Znieczulenie ogólne

- preferowane do cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych.

Znieczulenie kanałowe

- preferowane do cięcia cesarskiego ze wskazań planowych.

Znieczulenie miejscowe

- w sytuacji, gdy inny rodzaj znieczulenia nie można zastosować.

Kierunki postępowania u ciężarnych i rodzących po przebytym cięciu cesarskim

1. Poród po przebytym cięciu cesarskim, jest możliwy drogami natury, gdy istnieją dogodne warunki ze strony rodzącej i płodu, a zespół prowadzący poród jest przygotowany do ciągłego monitorowania porodu i szybkiego wykonania cięcia cesarskiego w przypadku pojawiających się powikłań podczas porodu.
2. Kobiety ciężarne i rodzące po przebytym cięciu cesarskim mogą być zakwalifikowane do porodu, gdy spełnione są wszystkie procedury, a rodząca akceptuje próbę porodu drogami rodnymi i wyraża świadomą zgodę na próbę porodu drogami rodnymi, podpisaną w załączonej dokumentacji.
3. U kobiety z przebytym więcej niż jednym cięciem cesarskim można podejmować próbę porodu drogą pochwową.
4. W karcie wypisowej ciąży i porodu należy umieścić informację o sposobie nacięcia macicy.
5. Należy dążyć do uzyskania dokumentacji lekarskiej opisującej przebieg poprzedniego cięcia cesarskiego w celu ustalenia sposobu wykonania nacięcia macicy.
6. Należy ocenić stan blizny mięśnia macicy u ciężarnych po przebytym cięciu cesarskim poprzez: wywiad – badanie podmiotowe, badanie palpacyjne dolnego odcinka macicy przez powłoki brzuszne, zastosowanie ultrasonografii w ocenie dolnego odcinka macicy.
7. Po porodzie drogami rodnymi można przeprowadzić ręczną kontrolę blizny mięśnia macicy po przebytym cięciu cesarskim.

8. W przypadku podejrzenia pęknięcia macicy wymagane jest natychmiastowe wykonanie laparotomii w celu zmniejszenia powikłań oraz zgonu matki i noworodka.
9. Podczas próby porodu drogami rodnymi, po przebytym cięciu cesarskim, należy prowadzić ciągłe elektroniczne monitorowanie czynności serca płodu.
10. Po przeanalizowaniu sytuacji położniczej możliwe jest (ostrożne) stosowanie stymulacji porodu oksytocyną.
11. Indukcja porodu prostaglandynami PGE2 (Dinoproston) i PGE1 (Misoprostol) ze względu na zwiększone ryzyko pęknięcia macicy jest niedopuszczalna.
12. Cewnik Foleya można bezpiecznie stosować w przypadku niedojrzałej do porodu szyjki macicy u kobiet planujących poród drogami rodnymi po przebytym cięciu cesarskim.
13. Ciąża wielopłodowa nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do porodu drogami rodnymi u kobiet po przebytym cięciu cesarskim.
14. Cukrzyca nie stanowi przeciwwskazania do podjęcia próby porodu drogami rodnymi u kobiet po przebytym cięciu cesarskim.
15. Makrosomia płodu jest wskazaniem do cięcia cesarskiego.
16. Poród po 40 tygodniu ciąży nie stanowi przeciwwskazania do podjęcia próby porodu drogami rodnymi u kobiet po przebytym cięciu cesarskim.

Cięcie cesarskie na życzenie

Cięcie cesarskie na życzenie stanowi nowy problem ostatnich lat. Trwa dyskusja, czy można wykonać cięcie cesarskie w sytuacji, gdy nie ma wskazań medycznych, a ewentualne wykonanie zabiegu podyktowane jest wyłącznym życzeniem rodzącej. Głównym powodem do podejmowania decyzji o cięciu cesarskim na życzenie jest lęk pacjentki. Lęk można zredukować, poprzez odpowiednią psychoterapię ciążową oraz akcję edukacyjną społeczeństwa.

Stanowisko PTG

Decyzja o chirurgicznym wkroczeniu w jamę brzuszną powinna należeć wyłącznie do lekarza specjalisty ginekologa-położnika, który opierając się na wiedzy, posiadanym doświadczeniu klinicznym oraz dogłębnej analizie indywidualnej sytuacji – wybiera rozwiązanie najbardziej korzystne dla zdrowia i życia pacjentki oraz jej dziecka.

Stanowisko Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 28.08.2007r. w sprawie wykonania cięcia cesarskiego na życzenie

W określonych sytuacjach – odnośnie niektórych procedur – wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego, albo zastosowanie metody diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta wymaga pisemnej zgody pacjenta (art. 34 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach

lekarza i lekarza dentystry), nie zwalnia to jednak lekarza od odpowiedzialności za wybór metody leczenia, jako błędu w sztuce lekarskiej. Zatem narzucenie przez pacjentkę sposobu leczenia, a w omawianej sprawie wykonania cięcia cesarskiego „na żądanie”, nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności za wybór tego sposobu przeprowadzania porodu i jego wykonanie.

Należy również zwrócić uwagę na przepis art. 37 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z nim, w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Powyższe zasady mają zastosowanie również do zasadności przeprowadzania cięć cesarskich „na żądanie”.

Biorąc pod uwagę stanowisko Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie rekomenduje wykonywania cięć cesarskich na życzenie, bez wskazań medycznych.

Formularz świadomej zgody pacjentki na cięcie cesarskie

Kobieta rodząca wypełniając formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego powinna być świadoma możliwych powikłań.

Formularz świadomej zgody powinien być dokładnie wypełniony, omówione wątpliwości, najlepiej w obecności świadka (lekarza lub położnej).

Piśmiennictwo / References:

1. **Bręborowicz HG.** Operacje położnicze. w: Pisarski T: Położnictwo i Ginekologia PZWL, Warszawa 2001.
2. **Czajkowski K (red.).** Wybrane kontrowersje w położnictwie i ginekologii. Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna ADAM, Warszawa 2005.
3. **Dudenhausen J.W, Pschyrembel W.** Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. 2003; 327.
4. **Haberko J.** Dokonanie zabiegu cięcia cesarskiego na życzenie rodzącej. W: Wybrane aspekty prawne w perinatologii i ginekologii. w: Cięża wysokiego ryzyka. Bręborowicz HG. (red): Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006; 1052-1083.
5. **Haberko J.** Zabieg cięcia cesarskiego na wyłączne życzenie rodzącej. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2007; 1(3): 46-54.
6. **Reroń A, Huras H.** Powikłania po cięciach cesarskich. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2006; 2: 48-55.
7. **Jaworski S.** Wybrane Zagadnienia odpowiedzialności karnej lekarza w medycynie perinatalnej. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2007; 1(3): 35-45.
8. **Poręba R.** Kiedy poród po przebytym cięciu cesarskim jest bezpieczny? – na podstawie prospektywnych badań w klinice w Tychach. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2006; 2(2):23-27.
9. **Poręba R.** Cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2007; 1(3): 22-34.
10. **Romaniuk W. i wsp.** Wskazania okulistyczne do cięcia cesarskiego. Wykład: Schorzenia okulistyczne a sposób rozwiązania ciąży, Wyd. PTG Oddział Śląski, Tychy 2006.
11. **Słomko Z, Bręborowicz HG.** Operacje położnicze w: Bręborowicz HG i wsp. Położnictwo i Ginekologia. Tom 1. PZWL, Warszawa 2005.
12. **Słomko Z, Poręba R, Drews K, Niemiec K.** Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia cesarskiego. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2006; 2(2):7-22.
13. **Suchocki S, Piec P.** Cięcie cesarskie na przełomie XX i XXI wieku – aktualne problemy. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project.* 2007; 1(3): 15-21.
14. **Rekomendacje ZG PTG** w sprawie formularzy świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne. *Ginekologia po Dyplomie.* Wydanie specjalne, wrzesień 2006.

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego:

.....

2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIAŻY

Ciecie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha nad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobywaniem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszczenie mięśnia macicy oraz powłok brzucha. Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników związanych z porodem drogami natury

.....

Alternatywne metody leczenia:

.....

.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebieg cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu stosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

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

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 w przyszłości jest następujące:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć o 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 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 zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z 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 Panem/Panią 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.

**Bez zastrzeżeń
(lub z poważnymi zastrzeżeniami) zgadzam się
na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

.....
.....
.....
.....
(rodzaj zabiegu)

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

**Nie zgadzam się
na proponowany mi zabieg operacyjny
zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia**

data

podpis lekarza

podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....
.....
.....
.....
.....