



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Diagnostická laparoskopie

poskytovatel zdravotních služeb:

Nemocnice Český Krumlov, a.s.
Nemocniční 429, Horní Brána, Český Krumlov, PSČ: 381 01
IČO: 260 95 149
rejstříkový soud - Krajský soud v Českých Budějovicích oddíl
B, vložka 1460

pacient:

zde prosím vlepít štítek pacientky

Jméno, rodné číslo, bydliště zákonného zástupce

(pouze v případě osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům):

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

- ▶ přečtěte si prosím pozorně text tohoto informovaného souhlasu
- ▶ pokud jste plně nerozuměla lékařovu vysvětlění, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře kdykoliv po přijetí na oddělení
- ▶ přečtěte si prosím pozorně text tohoto informovaného souhlasu, pokud souhlasíte s textem prohlášení, vyplňte prosím část 2 - Informovaný souhlas pacienta

1. INFORMACE

Vážená paní,

byla Vám doporučena diagnostická laparoskopie. Z dosavadních výsledků Vašeho vyšetření vyplývá potřeba prohlédnout oblast pánve a dutinu břišní. Cílem tohoto vyšetření je posoudit stav dělohy, vaječníků, vejcovodu a dalších orgánů v dutině břišní. Na základě tohoto vyšetření je lékař často schopen najít konkrétní příčinu vašich obtíží a dle nich Vás adekvátně léčit. Informaci o zjištěném nálezu a navrhované léčbě vám poskytneme ihned po výkonu.

Vlastní operační výkon se provádí v celkové narkóze. V celkové narkóze se zavádí laparoskop, tj. zařízení, které umožní prohlédnout pánev a dutinu břišní. Jeho podstatou je tenká trubice s optikou a pomocné nástroje, které umožní přístup k jednotlivým orgánům. Zavádí se z krátkých řezů délky přibližně 1,5 cm. Při tomto výkonu se dutina břišní plní oxidem uhličitým. V některých případech je možno odebrat i část tkáně na mikroskopické histologické vyšetření.

RIZIKA a možné komplikace:

Občasným doprovodným jevem jsou mírné bolestivé pocity v oblasti klíční kosti několik dnů po výkonu. Jsou způsobeny tlakem zbytku plynu v dutině břišní, jsou neškodné a brzy ustoupí. Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Ke komplikacím, které vzácně provázejí všechny typy operací, patří např. „**trombóza**“ (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „**embolie**“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, infekce v operačním poli nebo infekce močových cest. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. U laparoskopických operací může výjimečně dojít k většímu krvácení nebo není možné laparoskopickou technikou dokončit výkon a následně je nutné ve výkonu pokračovat klasickým operačním řezem v podbříšku. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy – budou Vám vysvětleny den před operací lékařem – anesteziologem.

ALTERNATIVA NAVRHOVANÉHO ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

OMEZENÍ

2. Informovaný souhlas pacienta

Jméno a příjmení pacienta

Bydliště

Datum narození

Byl/a jsem poučen/a o účelu, způsobu provedení, rizicích a možných komplikacích vyplývajících z **diagnostické laparoskopie**.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař MUDr., který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného, informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které řádně a úplně odpověděl. Jsem srozuměn/a s tím, že plánovaný výkon může provést kterýkoliv lékař oddělení.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu. Byl/a jsem upozorněna na případnou nutnost výkon rozšířit či upravit podle aktuálního nálezu.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o účelu, způsobu provedení, rizicích a možných komplikacích a souhlasím s provedením dalších výkonů souvisejících s **diagnostickou laparoskopií**.

Beru na vědomí, že po provedeném zdravotním výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti. Po propuštění z hospitalizace budou nutné lékařem nařízené kontroly ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Český Krumlov, a.s. nebo u mého registrujícího (obvodního) lékaře, dle mého zdravotního stavu, a to až do úplného uzdravení.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

S navrhovaným výkonem i s případným nutným rozšířením/ modifikací výkonu **souhlasím v plném rozsahu**.

místo podpisu: Český Krumlov, Nemocnice Český Krumlov, a.s., oddělení.

den podpisu:

hodina podpisu:

podpis pacienta:

(zákonného zástupce)

Prohlášení zákonného zástupce dítěte (v případě, že je přítomen pouze jeden z rodičů):

Prohlašuji, že druhý rodič (otec/matka) dítěte S navrhovaným zákrokem souhlasí.

Podpis zákonného zástupce:

zdravotnický pracovník (ošetřující lékař), který pacientovi poskytl uvedené informace:

.....(jméno, příjmení)(podpis)