

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Hysteroskopické vyšetření dutiny děložní



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 lékařovo vysvětlení, 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,

bylo Vám doporučeno hysteroskopické vyšetření dutiny děložní. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu. Dosavadní výsledky vyšetření ukazují na nezastupitelnost optického a následně mikroskopického vyhodnocení sliznice dutiny děložní.

Operační postup:

Podstatou operace je optická kontrola sliznice dutiny děložní, snesení sliznice hrdla a těla děložního, event. operační snesení polypů, myomů a rozrušení nitroděložních srůstů.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k děložní dutině je přes pochvu a hrdlo děložní, kdy se do dutiny děložní zavede optická souprava, případně jemné operační nástroje, kterými operátor provede plánovaný operační výkon a snesení sliznice dutiny děložní k dalšímu vyšetření.

Následky operace:

Operace umožní optické a mikroskopické vyšetření odebrané tkáně s posouzením jejich změn. Hojení trvá obvykle asi 14 dní a bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Pobyt v nemocnici bývá obvykle 1 – 2 dny.

RIZIKA

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. „**trombóza**“ (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „**embolie**“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli. K rozepnutí dělohy se do dutiny děložní při hysteroskopii vstříkává tekutina, kdy velmi vzácně při deletrvajícím výkonu může dojít k nadměrnému vstřebávání této tekutiny s následnou dušností a poruchou srdečního rytmu.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Další

možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a 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 **hysteroskopického vyšetření dutiny děložní**.

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 **hysteroskopickým vyšetřením dutiny děložní**.

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)