



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Laparoskopické operační odstranění dělohy (LH)

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

zde prosím vlepit štítek pacientky

pacient:

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,

na základě provedených vyšetření Vám bylo doporučeno odstranění dělohy. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu. Výsledky provedených vyšetření ukazují na onemocnění dělohy, a proto Vám doporučujeme její odstranění operačním výkonem.

Operační postup:

V celkové narkóze se pupeční jizvou 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. Dále se zavádí ze třech malých vpichů (cca 0,5 – 1,5 cm) nad hranici ochlupení další tři nástroje, pomocí kterých se operační výkon v dutině břišní provádí. Při tomto výkonu se dutina břišní plní oxidem uhličitým.

Odstranění samotné nemocné dělohy může být spojeno s odstraněním vejcovodů a vaječníků nebo s odstraněním jiných postižených orgánů

Po laparoskopickém uvolnění dělohy bude operace pokračovat vynětím dělohy pochvou. Odstranění dělohy, které je započato laparoskopickým a následně poševním přístupem, může být někdy, vzhledem k obtížnosti operace a komplikacím, které nebyly dříve předvídány, ukončeno otevřením dutiny břišní z kožního břišního řezu v podbřišku.

Oba operační výkony vedou k odstranění dělohy z jejího umístění v malé pánvi. Vejcovody a vaječníky u mladých pacientek (méně než 50 let) se zachovaným cyklickým krvácením, pokud nejeví známky onemocnění, ponecháváme. U žen, které již nemají pravidelný menstruační cyklus, odstraňujeme vejcovody a vaječníky (které již nejsou funkční) spolu s dělohou (pokud si to pacientka bude přát nebo lékař určí). Protože po operaci může dojít k dočasné poruše vyprazdňování moči, budete mít na cca 24 hod. zavedený katetr do močového měchýře, který průběžně odvádí vytvářenou moč a drén odvádějící tekutinu z oblasti operačního pole na cca 48 hodin.

Následky operace:

Odstranění dělohy vede k trvalé neplodnosti a neobjeví se již pravidelné měsíční krvácení. Odstranění dělohy nevede samo o sobě k zvýšení tělesné hmotnosti nebo změně v pocitu ženskosti. U žen v období plodnosti, kde bylo provedeno kromě odstranění dělohy ještě i odstranění obou vejcovodů a vaječníků, je vhodná následná hormonální náhrada jejich funkce pomocí tablet nebo náplastí.

RIZIKA

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako „**trombóza**“ (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „**embolie**“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, zauzlení střev „**ileus**“, infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře.

Je naším přáním, aby Vaše operace proběhla bez komplikací. Ale i přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Další možné komplikace jsou „**píštěle**“ (komunikace) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon k úpravě stavu. Výjimečně nás technická obtížnost operace vede k otevření břišní dutiny a dokončení výkonu břišní cestou. Další možné komplikace mohou být následkem narkózy. Tyto Vám vysvětlí den před operací anesteziolog.

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 **laparoskopického operačního odstranění dělohy (LH)**.

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 upozorněn/a 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 **laparoskopickým operačním odstranění dělohy (LH)**.

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)