



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY laparotomie s výkonem dle nálezů

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,

byla Vám doporučena laparotomie s výkonem dle nálezů. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Operační postup:

- přístup z kožního řezu do dutiny břišní
- částečné či úplné odstranění nemocných orgánů

Vlastní operační výkon:

Otevření dutiny břišní je provedeno přímým nebo příčným řezem pod pupkem a závislé na předpokládaném nálezů v dutině. Během operačního výkonu můžeme zjistit, že k úspěšnému léčení Vašich potíží je nezbytné i odstranění dělohy. Pokud bude nutné odstranit oba vaječníky, je možná náhrada jejich hormonální funkce tabletami. Definitivní rozsah operačního výkonu na nemocných orgánech může být stanoven až během operace, kdy mohou být vzorky tkání odeslány k rychlému operačnímu histologickému zpracování. Na základě těchto výsledků je stanoven definitivní operační výkon. Během operace můžeme eventuálně zjistit, že se jedná o zhoubné onemocnění. Potom bude operační výkon patřičně rozšířen, aby byl danému onemocnění odpovídající a účelný.

Následky operace:

Oboustranné odstranění vaječníků, vejcovodů (event. odstranění dělohy) vede k neplodnosti. Při odstranění obou vaječníků (event. dělohy) se Vám už neobjeví pravidelné měsíční krvácení a ženám s dosud pravidelným menstruačním cyklem doporučujeme hormonální podpůrnou léčbu.

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, zauzlení střev „**ileus**“, 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. Další možnou, ale málo častou komplikací jsou „píštěle“ (komunikace) např. mezi močovým měchýřem a pochvou. Jejich odstranění pak vyžaduje nový operační výkon. 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 **laparotomie s výkonem dle nálezu**.

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 **laparotomií s výkonem dle nálezu**.

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)