INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY
Operační 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

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 operační laparoskopie. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.
Z dosavadních výsledků Vašich vyšetření vyplývá potřeba prohlédnout oblast pánve a dutiny břišní a ošetřit, případně odstranit orgán postižený nemocí. Cílem operace je posoudit stav dělohy, vaječníků, vejcovodů a dalších orgánů v dutině břišní a provést operační zákrok na nemocných gynekologických orgánech, případně na appendixu-přívěsku slepého střeva. Rozsah předoperačně navrhovaného zákroku je specifikován na souhlase s operací. Informaci o nálezu, provedeném operačním výkonu a navrhované léčbě Vám poskytneme hned po výkonu.

Vlastní operační výkon:
V celkové narkóze se zavádí laparoskop, tj. zařízení, které umožní prohlédnout pánev a dutinu břišní. Jeho podstatou je tenká trubice s optikou zaváděná z 1,5 cm velkého řezu v pupku. Dále se zavádí ze dvou až třech malých vpichů (asi 0,5 až 1,5 cm velkých) na hranici ochlupení operační nástroje. Při tomto výkonu se dutina břišní plní oxidem uhličitým. Při operačním výkonu může být provedeno ošetření vaječníků, vejcovodů nebo odstranění vaječníku, vejcovodu, děložních myomů, srůstů nebo přívěsku slepého střeva (appendixu).

RIZIKA
Občasným doprovodným jevem jsou mírně bolestivé pocity v oblasti klíční kosti na druhý den po výkonu. Jsou způsobeny tlakem zbytku plynu v břišní dutině, jsou neškodné a brzy ustoupí. Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nezkomplikovaný 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 žílách, např. dolních končetin), **„embolie“** (zavření 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 poškozené 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 podbřišku. 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 **operační 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 operační 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)