



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Revize dutiny děložní po spontánním potratu

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,

ze závažných zdravotních důvodů (krvácení, zamlklé nevyvíjející se těhotenství, silné krvácení, zadržené zbytky po porodu) Vám bylo navrženo provedení revize dutiny děložní. Chceme Vám proto poskytnout informace, díky nimž si budete moci učinit představu o plánovaném zdravotním výkonu.

Operační postup

Podstatou operace je vybavení obsahu dutiny děložní a její uvedení do původního stavu.

Vlastní výkon

Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Po přeměření délky dutiny děložní a event. rozšíření (dilataci) kanálu děložního čípku je obsah těla děložního odstraněn kyretou nebo odsávací kanylou. Doba trvání výkonu je přibližně 10 minut. Doba následné hospitalizace závisí na stavu pacientky, většinou je však možné ještě tentýž den (nejméně však 6 hodin od narkózy) propuštění do domácí péče.

Operace umožní mikroskopické vyšetření získané tkáně. Nejméně 4 týdny po výkonu byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel. Slabé krvácení (špinění) po výkonu ustává do týdne. První měsíčky po výkonu se dostaví za 4-6 týdnů.

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.

Během operace může dojít

- ▶ k silnému krvácení s nutností výkon opakovat, podat léky na zástavu krvácení či v krajním případě podat event. krevní transfuzi
- ▶ k poranění stěny děložní s následným krvácením, které je nutno operačně ošetřit z řezu na přední straně břišní nebo laparoskopicky. Nelze ani předem vyloučit, že během ošetření bude nutné odstranit i celý poraněný orgán

- ▶ výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchylky) může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (močový měchýř, močová trubice, močovody, tenké a tlusté střevo, nervy); tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu nebo i k opakované operaci
- ▶ další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy; bližší informace Vám poskytne před operací přímo lékař-anesteziolog.

ALTERNATIVA NAVRHOVANÉHO ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

V současné době není známá žádná jiná lékařsky odůvodnitelná alternativa tohoto zdravotního výkonu. Při ponechání zbytků tohoto nepravidelného těhotenství je velké riziko krvácení a vzniku infekce rodidel.

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 **revize dutiny děložní po spontánním potratu**.

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 **revizí dutiny děložní po spontánním potratu**.

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)