



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Separovaná abrase (kyretáž hrdla a 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

zde prosím vlepít štítek pacientky

pacient:

Jméno, rodné číslo, bydliště zákonného zástupce

(pouze v případě osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům):

.....
.....
.....

- ▶ přečtete 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
- ▶ přečtete 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 snesení sliznice dutiny děložní, vzhledem k tomu, že dosavadní výsledky Vašeho vyšetření ukazují na nezastupitelnost mikroskopického vyhodnocení sliznice dutiny děložní.

Podstatou této operace je snesení sliznice hrdla a těla děložního. Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k děložní dutině je přes pochvu. Oblast změněné tkáně se seškrábne.

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejich změn. Hojení trvá obvykle 14 dnů a bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Hospitalizace se předpokládá v trvání 1-2 dny. Provedení operace nemá vliv na menstruační cyklus a sexuální život nebo na možnost otěhotnění a porodu.

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 především trombóza (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetinách), embolie (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace nebo infekce v operačním poli. I přes pečlivou operační techniku může dojít k poškození dělohy, které může vést až k nutnému odstranění dělohy, či ke srůstu děložní dutiny, nebo k většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Další možné komplikace pak mohou vzniknout podáním narkózy a budou Vám vysvětleny samostatně 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 ze **separované abrase (kyretáž hrdla a 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 se **separovanou abrasí (kyretáž hrdla a 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)