



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Umělé ukončení těhotenství (UUT)

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 Vaší žádosti nebo ze zdravotních důvodů Vám bude provedeno umělé přerušení těhotenství. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Princip:

V celkové anestezii se po rozšíření kanálu hrdla děložního odstraní obsah dutiny děložní a to odsátím kanylou (speciální trubičkou) vyprázdněním kyretou (speciální lžičkou). Jako u každého lékařského výkonu může dojít ke komplikacím a to v průběhu operaci či po operaci.

V průběhu operace:

- komplikace spojené s anestezií či analgosedací
- komplikace spojené s manipulací s nástroji (krvácení, poranění dělohy, které může vést až k nutnému odstranění dělohy)

Pooperační průběh:

Po operaci mohou nastat tyto komplikace: krvácení, infekce, přetrvávání těhotenství. Výkon či jeho komplikace mohou vést k následným psychickým poruchám, neschopnosti otěhotnět či těhotenství donosit, či dalším nutným operačním zákrokům.

Propuštění:

Při nekomplikovaném průběhu lze pacientku propustit do domácího ošetřování též den.

Následná péče:

Vzhledem k charakteru výkonu – poševní přístup – je nutné dodržovat režim k zabránění komplikací – rozvoji krvácení či infekce. Tedy zvýšená hygiena (časté sprchování, ne koupele), vyvarování se zvýšené fyzické námahy a pohlavního styku po dobu 6 týdnů. Dále je vhodné zavedení účinné antikoncepce k zabránění dalšího nežádoucího těhotenství. Obnovení menstruace lze očekávat za 4 – 6 týdnů po výkonu.

Pokud se po propuštění objeví krvácení silou menses a větší, bolesti v podbříšku, teploty, zimnice, třesavky či jiné obtíže, pacientka ihned vyhledá lékaře (obvodního gynekologa, v akutním případě první pomoc).

Doporučení:

První menses se po výkonu dostaví za 4 – 6 týdnů. Další graviditu doporučujeme až po ukončení všech nutných vyšetření, plánované v odstupu nejméně ½ roku. Do té doby bude vhodné zabezpečit se antikoncepcí.

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. Potrat plodu může být provázen silnějším krvácením. Infekční komplikace by se projevil zvýšenou teplotou.

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 **umělého ukončení těhotenství (UUT)**.

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 **umělým ukončením těhotenství (UUT)**.

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)