

OŠETŘENÍ ABSCESU NEBO ODSTRANĚNÍ CYSTY BARTHOLINIHO ŽLÁZY

Pacient/ka: Narozen/a:

titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:

titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:

(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil ošetření abscesu nebo odstranění cysty Bartholiniho žlázy. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Cysta nebo absces (hnisavý váček) Bartholiniho žlázy vzniká většinou pomnožením sekretu nebo bakterií po samovolném uzávěru vývodu žlázy. Cysty i abscesy Bartholiniho žlázy se velmi často opakují. V takových případech se provádí chirurgické odstranění celé cysty.

V případě abscesu je cílem operace vypuštění hnisavého obsahu jeho naříznutím, v případě cysty chirurgické odstranění celého útvaru a následná plastická úprava postižené části zevních rodidel.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Chirurgické řešení je jedinou možností ošetření abscesu nebo cysty Bartholiniho žlázy.

Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v celkové anestezii (znečitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znečitlivění podrobné informace. Před výkonem v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.

Postup při výkonu

Operace se provádí v celkové narkóze v případě cysty nebo lokální anestezii v případě abscesu. Při vytvoření abscesu se v místě největšího vyklenutí abscesu prořízne, hnis se vypláchne a dovnitř se vloží dren, aby odvedl zbytkový sekret. Cysta se chirurgicky odstraní z řezu vedeného v místě vyklenutí cysty do poševního vchodu, pak je defekt vzniklý jejím odstraněním ošetřen vstřebatelnými stehy. Většinou je třeba místo po odstranění cysty drénovat (zavést tenkou plastovou hadičku pro odtok vznikající tekutiny).

Rizika a možné komplikace výkonu

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkon jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. trombóza (vytvoření se krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (druhotné uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci, nebo infekce v operačním poli. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření rány na zevním genitálu (rodidlech) tak, aby bylo umožněno zastavit krvácení. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem – anesteziologem.

Chování po výkonu, možná omezení

Hojení trvá obvykle 2 – 3 týdny. Pobyt v nemocnici nebývá obvykle delší jak 1 týden. V případě abscesu je možnost provedení výkonu ambulantně. Operace nemá vliv na menstruační cyklus, sexuální život, na možnost otěhotnět a porodit přirozenou cestou.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Dovoluujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Blížší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру на vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....
podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)