

LAPAROTOMIE (OTEVŘENÍ DUTINY BŘÍŠNÍ) S VÝKONEM DLE NÁLEZU

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 provedených vyšetření Vám byla doporučena revize dutiny břišní s výkonem dle nálezu. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Důvod provedení výkonu:

Výsledky provedených vyšetření ukazují na možné onemocnění orgánů uložených v malé pánvi (děloha, vaječníky). I když Vám byla provedena všechna dostupná vyšetření, je operační výkon nutný k přesnému určení rozsahu a charakteru onemocnění. Operace může ukázat, že Vaše potíže vycházejí z onemocnění jiných orgánů pánve.

Příprava k výkonu:

Tento výkon provádíme v celkové anestézii (znečlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vás při anesteziologickém vyšetření podrobně informuje o způsobu znečlivění.

Před výkonem/v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit. Součástí předoperační přípravy je vyprázdnění střev a oholení operačního pole. Případné komplikace související s anestézií Vám vysvětlí den před operací lékař – anesteziolog.

Postup při výkonu:

- Otevření dutiny břišní z kožního řezu od pupku ke sponě stydké (s případným rozšířením nad pupek) nebo příčně nad sponou
- Částečné či úplné odstranění nemocných orgánů

Délka operace závisí na nálezu a může být v širokém rozmezí od jedné do několika hodin.

Rizika a možné komplikace výkonu:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako trombóza (vznik krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, zauzlení střev (ileus), infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, nervů v pánvi, tlustého střeva i tenkého střeva.

Při podezření na poranění močových cest během operace se k ověření používá kontrastní látka indigokarmín, která se vylučuje ledvinami do moče. Jedná se o užití mimo jeho obvyklou indikaci, a proto užití indigokarmínu podléhá hlášení Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Tento postup je však již více než 80 let mezinárodně uznávaným zcela rutinním krokem při komplikacích či podezření na komplikaci a objevuje se v doporučených operačních postupech. Velmi neobvyklým nežádoucím účinkem podání indigokarmínu může být alergická reakce, která se případně řeší ve spolupráci s anesteziologem již během operace.

Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Další možné málo časté komplikace jsou píštěle (komunikace) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Komplikace mohou vzniknout i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí den před operací lékař – anesteziolog.

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

**Chování po výkonu, možná omezení:**

Délka pobytu v nemocnici závisí na rozsahu operačního výkonu a pohybuje se nejčastěji kolem 7 - 10 dní. Při operaci je zaveden močový katétr (cévka) a ponechán nejčastěji do následujícího dne. Někdy bývají zavedeny drény (tenké umělohmotné trubičky k odvádění tvořící se tekutiny) do dutiny břišní nebo břišní stěny a ponechány jeden či několik dní.

Odstranění dělohy vede k trvalé neplodnosti. Již se neobjeví menstruační krvácení, pokud jste menstruovala. Operační výkon není důvodem případného zvýšení tělesné hmotnosti či změny pocitu ženskosti. U žen s odstraněnými funkčními vaječníky je vhodná hormonální substituční (náhradní) léčba, není-li kontraindikována.

I u nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, obtížný odchod větrů a stolice. Někdy může dojít ke zhoršení hojení operační rány s nutností opakovaných převazů, možné je i vytvoření keloidní hypertrofické (zbytnělé) jizvy. Dále jsou možné chronické poruchy vyprazdňování v důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní, které je v některých případech třeba řešit reoperací.

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. Bližší 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 nevylučují.

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 beru na 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).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 SVÉPRÁVNOSTÍ 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)

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)