

OPERAČNÍ ODSTRANĚNÍ DĚLOHY, VEJCOVODŮ, VAJEČNÍKŮ, OKOLNÍHO VAZIVA A MÍZNÍCH UZLIN (RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE)

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 ošetřující lékař doporučil provedení radikální hysterektomie – radikální operační odstranění dělohy, okolního vaziva a mízních uzlin a eventuálně odstranění vejcovodů a vaječníků. K této operaci je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace o přípravě, způsobu provedení, významu operace i o možných komplikacích tohoto plánovaného výkonu.

Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření prokázaly nádorové onemocnění děložního čípku, které se může šířit dále do malé pánve. Proto Vám byl doporučen radikální operační výkon.

Nebyla-li jste dosud o Vašem onemocnění dostatečně informována Vaším gynekologem, zeptejte se prosím svého ošetřujícího lékaře na oddělení.

Odstraněním dělohy je umožněno její histopatologické (mikroskopické) vyšetření, které nám pomůže určit definitivní rozsah onemocnění a stanovit správnou pooperační péči.

Příprava k výkonu

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

V případě, že jste alergická na některé látky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete léky na ředění krve, které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

Postup při výkonu

Dutinu břišní otevřeme kožním řezem od pupku ke sponě stydké, někdy je nutné rozšíření řezu nad pupeční jizvu. V úvodu výkonu je zpravidla prováděna tzv. detekce sentinelových uzlin. Vše o této části operace a eventuálních možných změnách postupu při Vašem onemocnění se dozvíte v samostatném informovaném souhlasu. Po tomto kroku radikálně odstraníme vlastní dělohu s okolním vazivem a mízními uzlinami. Operace může být spojena s odstraněním vejcovodů a vaječníků.

Po definitivním mikroskopickém vyšetření všech odstraněných orgánů může být doporučena ještě další zajišťovací léčba – ozáření, chemoterapie (protinádorové léky). Nutné následující zajištění Vám bude sděleno Vaším ošetřujícím lékařem.

Protože po operaci může dojít k poruše vyprazdňování moči, budete mít na konci operace ještě v narkóze zavedenu tenkou hadičku do močového měchýře vpichem nad stydkou kostí (tzv. suprapubická epicystostomie), která bude ponechána podle Vaší schopnosti spontánního vyprázdění močového měchýře. Alternativou tohoto postupu je zavedení cévky do močového měchýře močovou trubicí. Tento krok má mírně zvýšené riziko pooperační infekce močových cest a riziko opakovaného zavedení cévky v případě, že se močový měchýř po jejím odstranění nebude dostatečně vyprazdňovat.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Jinou možností léčby místo plánovaného operačního výkonu je radioterapie (ozařování) či chemoterapie v kombinaci s radioterapií (ozařování dutiny břišní a malé pánve). Tento způsob léčby je využíván např. při Vašem odmítnutí operace, při nemožnosti operace ze zdravotních důvodů, vzhledem k velikosti nádorového postižení, či při ukončení operace ihned po zjištění, že výše zmíněné sentinelové (strážné uzliny) obsahují nádorové buňky

V případě mladšího věku, výrazně chtěného těhotenství a současně menšího rozsahu postižení je možné provedení operace na děložním čípku se zachováním dělohy s možným operováním okolního vaziva a mízních uzlin. Tento postup je však výrazně individuální a nese s sebou určitá rizika spojená s přetrváváním či recidivou (návratem) onemocnění. Je rovněž nutné brát do úvahy pravděpodobnost budoucího těhotenství a jeho prognózu.

Rizika a možné komplikace výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Ke komplikacím, které vzácně provázejí všechny typy operací, patří např. trombóza (tvorba krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (druhotné uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, narušení střevní peristaltiky (ileus), infekce v operačním poli nebo infekce močových cest. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, tlustého a tenkého střeva, velkých cév v pánvi či výše nebo poranění nervů. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. Vzácně se vyskytující komplikací jsou píštěle (komunikace, spojení) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, močovodem a pochvou, střevem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Po odstranění lymfatických uzlin může dojít k otoku dolních končetin či vzniku tzv. lymfocyst, tedy dutin vyplněných lymfou. Komplikace mohou vzniknout i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí den před operací lékař - anesteziolog.

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.

Chování po výkonu, možná omezení

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestézii krátkodobě omezeny (především prvních 24 hodin), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu.

Odstranění dělohy vede k trvalé neplodnosti. Již se neobjeví pravidelné měsíční krvácení, pokud jste dosud menstruovala. Operační výkon není příčinou eventuálního zvýšení tělesné hmotnosti, nebo změny pocitu ženskosti. U žen s odstraněnými funkčními vaječníky je vhodné zvážit následnou hormonální substituční léčbu, pokud není kontraindikována.

I u nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Vyloučené není ani špatné hojení operační rány s opakovanými převazy a možné vytvoření koloidní, hypertrofické jizvy, dále chronické poruchy vyprazdňování z důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní. V některých případech je nutné tyto následky řešit opakovanou operací.

Dovolujeme 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)

By/la 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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).

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)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis

(není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)