

OPERAČNÍ ODSTRANĚNÍ DĚLOHY POŠEVNÍ CESTOU (VAGINÁLNÍ 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 předchozích provedených vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení odstranění dělohy poševní cestou – vaginální hysterektomii. 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

Dosavadní výsledky vyšetření a Vaše subjektivní potíže ukazují na nedostatečnost podpůrného a závěsného aparátu pohlavních orgánů. Tato nedostatečnost může mít za následek sestup až výhřez poševních stěn, obvykle spojených se sestupem až výhřezem dělohy, často je spojena s inkontinencí moči, tj. potížemi s udržení moči. Sestup může postihnout případně i sousední orgány – močový měchýř, močovou trubici a konečník. Navrhovaný operační výkon představuje řešení této poruchy.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Jinou možností je konzervativní postup: dispenzarizace (prosté pečlivé pravidelné sledování stavu), v některých případech při výrazném sestupu gynekologických orgánů je možné zavedení pesaru. Další možností je upevnit dělohu v malé pánvi pomocí sítky z poševního nebo laparoskopického přístupu.

Příprava k výkonu

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

V případě, že jste alergická na některé léky, 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 pochvou rozstřížením přední a zadní stěny poševní. Poté odstraníme vlastní dělohu. Její odstranění může být spojeno s odstraněním vejcovodů a vaječníků.

Ukáže-li se v průběhu operace, že dělohu nelze pochvou odstranit, je nutné otevřít dutinu břišní řezem vedeným v podbřišku a touto cestou operační výkon dokončit.

Vejcovody a vaječníky u mladých pacientek s pravidelnou menstruací ponecháváme (pokud nejeví známky onemocnění). U žen po přechodu je možné v některých případech odstranit vejcovody a vaječníky. Protože po operaci může dojít k dočasné poruše vyprazdňování moči, zavedeme Vám ještě před operací do močového měchýře cévku. Odstraníme ji v odstupu několika dní po operaci po úpravě močení. Nelze vyloučit opětovné zavedení cévky při nedokonalém vyprazdňování močového měchýře.

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 vzácné. K těmto komplikacím patří např. trombóza (tvorba krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (druhotné uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, zauzlení střev (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 a tlustého i tenkého střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu.

Vzácně se vyskytující komplikací jsou píštěle (komunikace) např. mezi močovým měchýřem či močovodem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Komplikace mohou vzniknout i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí den před operací lékař - anesteziolog.

Chování po výkonu, možná omezení

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

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

I u nekomplikovaného výkonu se mohou projevit přechodné poruchy funkce trávicího ústrojí, obtížný odchod větrů a stolice. Někdy může dojít ke zhoršení hojení operační rány s nutností opakovaných převazů. Dále jsou možné chronické poruchy vyprazdňování v důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní, které je v některých případech třeba řešit opakovanou operací.

Pokud jste něčemu neporozuměla, nebo máte doplňující otázky, obraťte se na ošetřujícího lékaře nebo sestru.

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)

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 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)