



pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, tenkého či tlustého střeva a dalších. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. 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.

Nepodaří-li se laparoskopickou technikou provést potřebný operační výkon, je nutné otevření dutiny břišní klasickým operačním řezem v podbřišku. Komplikace mohou vzniknout též po podání narkózy a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem – anesteziologem.

Odstranění dělohy vede k trvalé neplodnosti. Již se neobjeví menstruační krvácení, pokud jste dosud menstruovala. Operační výkon není důvodem pro případné zvýšení tělesné hmotnosti či změnu pocitu ženskosti. U žen s odstraněnými funkčními vaječníky je vhodná hormonální substituční (náhradní) léčba, pokud není kontraindikována (není možné její podání).

Chování po výkonu, možná omezení

I u nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Po operaci může dojít k dočasné poruše vyprazdňování moči, budete mít asi 24 hodin zavedenou cévku do močového měchýře, která bude průběžně moč odvádět. V porovnání s klasickými břišními operacemi pacientka pooperační průběh po laparoskopických operacích lépe snáší, je kratší doba hospitalizace (pobytu v nemocnici), rekonvalescence (uzdravování) a rychlejší je i návrat do normálního života. Délka pracovní neschopnosti je dána obtížností operačního zákroku. Obvykle trvá dva až tři týdny. Doma je třeba zachovávat klidový režim nutný k řádnému hojení a rekonvalescenci po operaci. V případě potíží (bolesti břicha, krvácení, horečka) po propuštění z hospitalizace doporučujeme okamžitou kontrolu na našem pracovišti. Zhruba za tři týdny po operaci je pacientka pozvána do naší endoskopické poradny, kde je seznámena s výsledky histologie (mikroskopického vyšetření), byl-li během operace odebrán materiál na histologické vyšetření, a kde je podle potřeby doporučen další léčebný postup. Po této kontrole je ve většině případů pacientka předána do péče svého gynekologa.

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 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.)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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)

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)