

OŠETŘENÍ DĚLOŽNÍHO HRDLA METODOU LEEP

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): / 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 operace děložního hrdla. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření ukazují na onemocnění děložního hrdla s nutností operačního výkonu k určení rozsahu a charakteru onemocnění. Někdy může následovat další, rozsáhlejší operace (např. odstranění dělohy). Často však jde současně i o výkon léčebný, kdy se odstraní celá postižená část hrdla a není tudíž nutná další léčba. Na základě podrobného histologického vyšetření odstraněné části děložního hrdla Vám sdělíme další léčebný postup.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Ve Vašem případě je indikováno ošetření děložního hrdla metodou LEEP - loop electrosurgical excision procedure (odstranění tkáně elektrickou kličkou).

Příprava k výkonu

Před vlastním výkonem provádíme obvyklou přípravu operačního pole. Většina těchto operací se provádí bez nutnosti podání celkové anestezie (uspání, znecitlivění). K vyloučení bolestivých vjemů při operaci se využívá místního znecitlivění děložního hrdla. Před výkonem v den operace **nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit**. V případě provádění výkonu v celkové narkóze je v rámci předoperačního vyšetření požadováno též interní vyšetření, včetně EKG.

Postup při výkonu

Podstatou operace je odstranění postižené části děložního hrdla poševní cestou. Oblast změněné tkáně odstraníme speciální elektrickou kličkou (technika LEEP) ve tvaru kužele, jehož vrchol směřuje k dutině děložní. Na ranné ploše zastavíme případné krvácení koagulací. Obvykle připojíme diagnostické seškrábnutí sliznice z hrdla děložního a v některých případech i sliznice dutiny děložní pro vyloučení nepříznivých změn těchto částí dělohy. Délka výkonu je přibližně 15 minut.

Rizika a možné komplikace výkonu

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození dělohy nebo k většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření operačního výkonu, výjimečně i odstranění dělohy. Infekce se může projevit zvýšením teploty, což si vyžádá podání antibiotik (protibakteriálních léků). V případě nutnosti odstranění dělohy přestanete následně menstruovat a též není možné otěhotnění. Pokud Váš menstruační cyklus již ustal, nezaznamenáte žádné výraznější změny. Odstranění dělohy nezpůsobí změny v oblasti sexuálního života.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Hojení děložního hrdla po tomto zákroku trvá 4 až 6 týdnů. Po uvedené dobu není vhodné koupání se ve vaně a je nutné se vyvarovat pohlavního styku. Doporučujeme pouze sprchování. Nepoužívejte menstruační tampony. V oblasti tělesné aktivity není vhodná intenzivní fyzická námaha (vrcholový sport, úklid). Po dobu 4 až 6 týdnů můžete mít slabý krvavý, později zahnědlý výtok. Pracovní neschopnost trvá obvykle 1 týden, dle druhu zaměstnání. Lékařské ošetření po propuštění z hospitalizace vyhledejte při silném krvácení z rodidel, bolestech v podbříšku či zvýšené tělesné teplotě nejlépe na pracovišti, které výkon provádělo.

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).

By/la 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).

By/la 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.

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

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

Nezamlčel/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 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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)