

SNESENÍ SLIZNICE HRDLA A TĚLA DĚLOŽNÍHO (SEPAROVANÁ KYRETÁŽ)

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 předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení separované kyretáže (odděleného výškrabu). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Cílem operace je získání sliznice z kanálu děložního hrdla a z dutiny děložní z diagnostických (rozpoznávacích) nebo léčebných důvodů.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Tento výkon nemá odpovídající alternativu.

Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v anestezii (znečitlivění, v usnutí, v narkóze), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znečitlivění podrobné informace.

Před výkonem v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít, žvýkat ani kouřit.

V případě, že jste alergická (přecitlivělá) na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete protisrážlivé léky („na ředění krve“), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost. Rovněž informujte, zda užíváte hormonální léky (včetně antikoncepce), neboť některé z nich rovněž ovlivňují srážlivost krve a je vhodné jejich vysazení s časovým odstupem před operací.

Postup při výkonu

Operační výkon se provádí poševní cestou, a to obvykle v celkové narkóze.

Po předchozím rozšíření kanálu děložního hrdla ostrou kyretou (lžičkou) nejdříve sneseme sliznici kanálu děložního hrdla a poté i sliznici dutiny děložní. Výkon trvá asi 10 - 15 minut.

Rizika, následky 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. Dále může být výkon komplikován infekcí vnitřních rodidel nebo infekcí močových cest. 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 odnětí dělohy. Komplikace mohou vzniknout i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí den před operací lékař - anesteziolog.

Chování po výkonu, možná omezení

Slabé krvácení ustává obvykle do týdne po výkonu. První měsíčky se dostaví za 4 - 6 týdnů po výkonu.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

V tomto období byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel (vyvarujte se soulože a pečlivě pečujte o čistotu zevních rodidel). Operace neohrozí další průběh menstruačního cyklu (pokud dosud pravidelně menstruuje), ani Váš sexuální (pohlavní) život, rovněž možnost otěhotnění u žen fertilního (produktivního) věku je zachována.

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 mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) 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 mého (mého dítěte).

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 zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM 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.

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

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 nebo zákonného zástupce**Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):****Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:****Způsob projevu vůle (souhlasu):** kývnutím hlavy gestem: očima jinak:Svědék:
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

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)