

REKONSTRUKCE SESTUPU POŠEVNÍCH STĚN PROVEDENÍM UZÁVĚRU POCHVY – KOLPOKLEIZA

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 bylo doporučeno provedení uzávěru pochvy - kolpokleiza. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

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 močovou, tj. potížemi s udržením moče. Sestup může postihnout případně i sousední orgány (močový měchýř, močovou trubici a konečník). Navrhovaný operační výkon představuje nejefektivnější řešení této poruchy.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jinou možností řešení Vašich potíží je zavedení poševního pesaru. Sestup a výhřez poševních stěn je možné řešit klasickou břišní operací nebo laparoskopickým závěsem poševních stěn. Další z možností je provedení závěsu pánevního dna a poševních stěn s použitím sítky. Zda můžete podstoupit některou z těchto zmíněných možností, závisí na Vašem aktuálním celkovém zdravotním stavu

Příprava k výkonu

Před výkonem je nutno přeléčit případnou záněť v pochvě. Pro zlepšení operačního terénu a příznivější pooperační hojení se mohou zavádět do pochvy léky s příměsí hormonů.

Výkon provádíme většinou v celkové anestezii (zncitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu zncitlivění podrobné informace. Ve výjimečných případech (se zohledněním k Vašemu celkovému zdravotnímu stavu) je možné tuto operaci provést v lokální anestezii a tzv. analgosedaci (snížení vnímání bolesti).

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 (ty je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost).

Postup při výkonu

Výkon se provádí z vaginálního (poševního) přístupu. Protne přední a zadní stěnu poševní a oddělíme od okolních orgánů. Přebytečnou poševní sliznici seřízíme a uzavřeme pochvu v oblasti poševního vchodu. Výsledkem operace je uzavření pochvy s nemožností mít další pohlavní styk.

Rizika a možné komplikace výkonu

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako trombóza (vznik krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), embolie (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, ileus

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

(zauzlení střev), infekce v operačním poli, infekce močových cest, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močové trubice, nervů a cév v pánvi či konečníku. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému typu operačního výkonu. Další možné málo časté komplikace jsou píštěle (komunikace, otevřená propojení), např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny před operací lékařem anesteziologem.

Může též dojít k silnému krvácení s nutností podat krevní transfuzi. Po operaci se může objevit únik moči, který je možné (či nutné) řešit samostatně v další době.

V pooperačním období může dojít k infekci operační rány, dutiny děložní či močových cest s nutností podat antibiotika, velmi vzácně k vytvoření hnisavého výpotku tzv. abscesu, který je nutno vyprázdnit.

Dočasně se může objevit porucha vyprazdňování močového měchýře a střevních kliček, která pozvolna během dnů nejvýše týdnů odezní.

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 vaginálních (poševních) 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 urogynekologické poradny. Po této kontrole je ve většině případů pacientka předána do péče svého gynekologa. V pooperačním období může dojít k infekci operační rány, dutiny děložní či močových cest s nutností podat antibiotika, velmi vzácně k vytvoření hnisavého výpotku tzv. abscesu, který je nutno vyprázdnit.

Dočasně se může objevit porucha vyprazdňování močového měchýře a střevních kliček, která pozvolna během dnů nejvýše týdnů odezní.

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.)



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)