

KONIZACE DĚLOŽNÍHO HRDLA

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. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření ukazují na onemocnění děložního hrdla s nutností operačního výkonu, a to 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.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Alternativním řešením je možné odstranění celé dělohy.

Příprava k výkonu

Před vlastním výkonem provádíme obvyklou přípravu operačního pole. Tento výkon provádíme v celkové anestezii (znecitlivění, v narkóze, v uspání), kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. V rámci předoperačního vyšetření je prováděno též interní vyšetření, včetně EKG. **Před výkonem v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit.**

Postup při výkonu

Podstatou operace je odstranění postižené části děložního hrdla poševní cestou. Oblast změněné tkáně vytmeme ve tvaru kužele (odtud název „konizace“), jehož vrchol směřuje k dutině děložní. Na ranné ploše zastavíme případné krvácení koagulací. Obvykle připojíme diagnostické seškrábnutí sliznice z hrdla děložního a dutiny děložní pro vyloučení nepříznivých změn těchto částí dělohy. Délka výkonu je přibližně 30 minut. Pobyť v nemocnici trvá obvykle 3 až 4 dny.

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 tom případě se prodlouží doba hospitalizace. V případě nutnosti odstranění dělohy přestanete následně menstruat 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,

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



úklid). Po dobu 4 až 6 týdnů můžete mít slabý krvavý, později zahnědlý výtok. Pracovní neschopnost je obvykle v délce 2 týdnů, dle druhu zaměstnání. Lékařské ošetření po propuštění z hospitalizace vyhledat 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)

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.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру на 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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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)