

## OPERAČNÍ ODSTRANĚNÍ VAJEČNÍKŮ, VEJCOVODŮ, DĚLOHY, SLEPÉHO STŘEVA, BŘIŠNÍ PŘEDSTĚRY A LYMFATICKÝCH UZLIN

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 byla doporučena radikální operace. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

### Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření ukazují s vysokou pravděpodobností na přítomnost nádorového onemocnění vaječniku/-ů či vejcovodů které se může šířit dále do malé pánve a dutiny břišní. Proto Vám doporučujeme radikální operační výkon. Ten umožní nejenom odstranění nádoru, ale i přesné stanovení rozsahu onemocnění, což je nezbytné pro rozhodnutí o dalším způsobu léčby.

### Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Odběr tkáně k mikroskopickému vyšetření a zjištění původu onemocnění je nezbytnou podmínkou rozhodnutí o dalším způsobu léčby.

Tkáň se odebírá při radikálním operačním výkonu, který je při potvrzení původu onemocnění ve vaječniku či vejcovodech zpravidla následován pooperační chemoterapií. Jinou strategií je v některých případech pouze odběr malého množství tkáně k mikroskopickému vyšetření, následně podání chemoterapie (protinádorových léků), radikální operační výkon ve druhé době, a opět pokračování v chemoterapii.

### Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v celkové anestezii (znecitlivění), kterou podává lékař specialista – anesteziolog. Ten Vám při anesteziologickém vyšetření podá o způsobu znecitlivění podrobné informace. Před výkonem v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit. Součástí předoperační přípravy je vyprázdnění střev a oholení operačního pole.

V případě, že jste alergická na některé látky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete léky na ředění krve, které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

### Postup při výkonu

- otevření dutiny břišní kožním řezem od pupku ke sponě stydké, případě s možností rozšíření nad pupek
- odstranění dělohy, vejcovodů a vaječníků
- odstranění slepého střeva a břišní předstěry
- v některých případech odstranění mízních uzlin v pánvi a výše podél aorty a dolní duté žíly do výšky ledvin
- případně částečné odstranění jiných orgánů (jsou-li postiženy nádorovým onemocněním)

Obvyklá délka operačního výkonu je 2 – 4 hodiny.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkon 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,

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

narušení střevní peristaltiky (ileus), infekce v operačním poli nebo infekce močových cest. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, tlustého a tenkého střeva, velkých cév v pánvi či výše nebo poranění nervů. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. Vzácně se vyskytující komplikací jsou píštěle (komunikace, spojení) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, močovodem a pochvou, střevem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Po odstranění lymfatických uzlin může dojít k otoku dolních končetin, otoku v podbřišku či vzniku tzv. lymfocyst, tedy dutin vyplněných lymfou. Komplikace mohou vzniknout i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí den před operací lékař - anesteziolog.

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.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

Vaše reakce a schopnosti budou po výkonu v celkové anestezii krátkodobě omezeny (především prvních 24 hod.), proto se řiďte pokyny zdravotnického personálu. Délka pobytu v nemocnici závisí na rozsahu operačního výkonu a pohybuje se nejčastěji kolem 8 – 10 dní. Při operaci je zaveden močový katétr (cévka) a ponechán je nejčastěji do následujícího dne. Někdy bývají zavedeny drény (tenké umělohmotné trubičky na odvádění tvořící se tekutiny) do dutiny břišní nebo břišní stěny a bývají ponechány jeden či několik dní.

Odstranění dělohy vede k trvalé neplodnosti. Již se neobjeví menstruační krvácení, pokud jste dosud menstruovala. Operační výkon není důvodem případného zvýšení tělesné hmotnosti či změny pocitu ženskosti.

I u nekomplikovaného výkonu se mohou projevit přechodné poruchy funkce trávicího ústrojí, obtížný odchod větrů a stolice. Někdy může dojít ke zhoršení hojení operační rány s nutností opakovaných převazů, možné je i vytvoření keloidní, hypertrofické (zbytnělé) jizvy. Dále jsou možné chronické (dlouhodobé) poruchy vyprazdňování v důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní, které je v některých případech třeba řešit opakovanou operací.

Pokud jste něčemu nepochopila, nebo máte doplňující otázky, obraťte se neošetřujícího lékaře nebo sestru.

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).



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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 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)