



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh výkonu. Mezi relativně časté nežádoucí účinky misoprostolu patří nauzea (pocit na zvracení), zvracení, průjem a pocit horka. Vzácně může dojít k nadměrné děložní činnosti s nebezpečím prasknutí dělohy (zejména u pokročilejších těhotenství nebo u pacientek s anamnézou císařského řezu nebo po jiných operacích na děloze), případně k závažnější alergické reakci na daný preparát, která může vážně ohrozit zdraví nebo vést až k možnému úmrtí pacientky.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Alternativně lze ve Vašem případě použít i preparát Prostin 15 M nebo injekční preparát Enzaprost, které jsou Státním ústavem pro kontrolu léčiv na území ČR stejně jako misoprostol registrovány. Jejich účinek i způsob podání jsou však ve Vašem případě méně výhodné.

V případě preparátu Enzaprost injekčně je jeho aplikace spojena s amniocentézou, tj. s průnikem jehly přes stěnu břišní a děložní svalovinu do dutiny děložní (intraamniálního prostoru). Nežádoucí účinky jsou u tohoto postupu častější a potenciálně závažnější než u preparátu s misoprostolem. Tento postup se obvykle doporučuje v případě nutnosti odběru plodové voda pro další genetické zpracování.

V případě preparátu Prostin 15 M jsou opakovaně aplikovány nitrosvalové injekce, je nutno podat celkově vyšší dávku, což je provázeno delší dobou aplikace k dosažení požadovaného efektu, tj. vypuzení plodu.

Při užití všech výše uvedených preparátů je ve většině případů nutné provést instrumentální revizi (vyčištění) dutiny děložní (viz příslušné informované souhlasy). Komplikace, které mohou nastat při aplikaci preparátu Enzaprost či Prostin 15 M, jsou obdobné jako při aplikaci misoprostolu.

Chování po výkonu, možná omezení

Slabé krvácení ustává obvykle do týdne po výkonu.

První měsíčky se dostaví za 4-6 týdnů po výkonu.

Po dobu trvání šestinedělí byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel.

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.)



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 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.

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)