

STERILIZACE VEJCOVODŮ METODOU OBOUSTRANNÉ SALPINGEKTOMIE

(ZÁKROK TRVALE ZNEMOŽŇUJÍCÍ MOŽNOST SPONTÁNNÍHO OTĚHOTNĚNÍ)

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,

rozhodla jste se podstoupit operaci, po které trvale ztratíte možnost otěhotnět přirozeným způsobem. Sterilizace je lékařský výkon, který se provádí na vejcovodech. Nebudete muset již dále používat žádné jiné antikoncepční metody (tj. metody na zabránění početí). K provedení tohoto výkonu je potřeba vašeho souhlasu. Otěhotnění je po sterilizaci možné jen metodami umělého oplodnění, ale všechny finanční náklady s tímto spojené si již budete hradit z vlastních prostředků.

Důvod provedení výkonu

Pro zabránění nežádoucího početí jste se rozhodla sama nebo Vám bylo doporučeno ze zdravotních důvodů definitivní řešení – sterilizace.

Příprava k výkonu

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. V rámci předoperačního vyšetření je prováděno též interní vyšetření a EKG.

Postup při výkonu

Vejcovody jsou dvě trubice vycházející z rohů děložních a směřující k vaječníku. Ve vejcovodu dochází ke spojení vajíčka a spermie. Podstatou výkonu je úplné odstranění obou vejcovodů vzhledem k posledním poznatkům vědy ohledně možného vzniku karcinomu vaječníku. V současné době je proto doporučováno při operaci vejcovody odstranit. Zábava otěhotnění je pouze mechanická, výkon nemá vliv na Vaši hormonální aktivitu. Po přípravě operačního pole lékař naplní speciální jehlou dutinu břišní kysličníkem uhličitým. Břišní stěna se tak oddálí od orgánů v břišní dutině. Z malého řezu umístěného v pupku zavede do dutiny břišní optický nástroj – laparoskop. Z dalšího malého řezu v podbřišku zavede lékař operační nástroj, kterým oba vejcovody odstraní. Poté je výkon ukončen. Organismus ženy je v případě ideálního průběhu zatížen jen minimálně.

Rizika a možné komplikace výkonu

Občasným doprovodným jevem jsou mírně bolestivé pocity v oblasti klíční kosti druhý den po výkonu. Jsou způsobeny tlakem zbytku plynu v břišní dutině, jsou neškodné a brzy ustoupí. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Ke komplikacím, které vzácně provázejí všechny typy operací, patří např. trombóza (vytvoření krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), embolie (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích) krvácení během operace nebo infekce v oblasti vpichů. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu či střeva. Pokud taková poškození vzniknou, může dojít k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu, aby byla poškození upravena. U laparoskopických operací může výjimečně dojít k většímu krvácení do břišní dutiny, kdy je nutno ve výkonu pokračovat klasickým operačním řezem v podbřišku. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem - anesteziologem. U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Ve výjimečných případech se může stát, že Váš organismus obnoví průchodnost vejcovodů

a dojde k otěhotnění. Proto se při vynechání měsíčků, které trvá víc jak měsíc, nechte vyšetřit svým gynekologem. Žádné pracoviště ani lékař Vám však nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Opakujeme, že jde skutečně jen o vzácné výjimky.

Chování po výkonu, možná omezení

Období po laparoskopické sterilizaci je pacientkou obvykle dobře snášeno, krátká je doba Rekonvalescence (uzdravování) a rychlý je také návrat do normálního života. Délka pracovní neschopnosti obvykle bývá 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 nemocnice doporučujeme okamžitou kontrolu na našem pracovišti. Zhruba za tři týdny po operaci je pacientka pozvána do naší laparoskopické poradny. Po této kontrole je ve většině případů pacientka předána do péče svého gynekologa.

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.

Nezamlčel/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 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.

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



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)