

ODSTRANĚNÍ ZEVNÍCH RODIDEL – VULVEKTOMIE ROZŠÍŘENÉ ODSTRANĚNÍ ZEVNÍCH RODIDEL – RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE

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 ošetřující lékař doporučil operaci na zevních rodidlech. K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření prokázaly prekancerózu (přednádorový stav) nebo nádorové onemocnění zevních rodidel, což vyžaduje jejich odstranění. Operace umožní následné mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejích změn.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

V některých případech je variantou (možnou náhradou) operačního odstranění zevních rodidel ozáření, chemoterapie nebo kombinace uvedených metod.

Příprava k výkonu

Odstranění zevních rodidel provádíme v celkové anestezii (znecitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vás při anesteziologickém vyšetření podrobně informuje o způsobu znecitlivění.

Před výkonem/v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit. Součástí předoperační přípravy je vyprázdnění střev a oholení operačního pole. Případné komplikace související s anestézií Vám vysvětlí den před operací lékař – anesteziolog.

Postup při výkonu

- V případě radikální vulvektomie s odstraněním mizních uzlin kožní řezy v oblasti třísel a odstranění tukové tkáně spolu s uzlinami
- Cirkulární (kruhovitý) kožní řez zevně velkých stydkých pysků a vnitřní řez v oblasti poševního vchodu
- Uvolnění tkáně zevních rodidel od spodiny a postupné odstranění zevních rodidel za průběžného stavění vzniklého krvácení
- Plastická úprava vzniklých raných ploch

Obvyklá délka vulvektomie je kolem 1 hodiny, délka radikální vulvektomie s odstraněním mizních uzlin asi 3 – 4 hodiny.

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, infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Dále může dojít k nekróze (odumření) kůže nad operační ránou. To často vede k druhotnému hojení operační rány a k prodloužení pobytu v nemocnici.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Po operačním výkonu je obvykle nutné ponechání močové cévky a drénů (tenké umělohmotné hadičky na odvádění tekutin, vznikajících v ranách) v operační ráně či ranách po dobu několika dnů. Délka pobytu v nemocnici závisí na průběhu hojení operační rány. V důsledku přerušení mízních cév v oblasti třísel může docházet k otokům dolních končetin vzhledem k hromadění mízní tekutiny. Tento stav může být i trvalý.

Vzhledem ke změněným anatomickým poměrům v oblasti zevních rodidel mohou nastat potíže při pohlavním styku (bolestivost až nemožnost) a problémy s udržením moče.

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.)

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 přerušení 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 SVÉPŘÁVNOSTÍ 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)