

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

# Synechie vulvy (slepení stydkých pysků)

### **Vážení rodiče,**

u Vašeho dítěte bylo zjištěno slepení stydkých pysků, které je nutné léčit výkonem v celkové anestézii. Pro Váš souhlas s ošetřením je potřebné, abyste již předem měli alespoň základní informace o onemocnění a znali i případná rizika nebo možné následky onemocnění a ošetření. Před samotným výkonem s Vámi bude ještě hovořit operatér, popř. jiný lékař, přitom Vám dále vysvětlí všechno, co budete chtít vědět o výkonu a pravděpodobném průběhu léčby. Tato písemná informace Vám má pomoci při Vašem vlastním rozhodování ohledně souhlasu s léčbou a operací.

### **Základní údaje o onemocnění**

Vyskytuje se u děvčátek do věku 6 roků, kdy pohlavní orgány nejsou ještě pod vlivem pohlavních hormonů - estrogenů. Vzniká slepením protilehlých okrajů sliznice poševního vchodu nebo celých malých stydkých pysků.

### **Důvod operace**

Trvá-li stav příliš dlouho, může se vyvinout pevný kožovitý srůst.

### **Vyšetření**

Pro stanovení diagnózy je zcela zásadní klinické vyšetření lékařem, hlavně pohledem.

### **Chirurgická léčba**

Je velmi jednoduchá, v celkové anestézii rozrušíme blanitý srůst tahem obou rukou nebo sondičkou.

### **Pooperační průběh**

Pooperační bolesti děti téměř nemají a navíc mohou být tlumeny léky, rekonvalescence je rychlá. Propuštění domů je možné v den operace.

### **Komplikace**

Může nastat jen lehké krvácení, které ustane bez léčby.

**Vážení rodiče,**

přejeme si, aby léčba Vašeho dítěte proběhla nerušeně, bez komplikací a aby se Vaše dítě mohlo vrátit co nejdříve domů.

**Souhlas rodičů dítěte (popř. jiného zákonného zástupce) s výkonem**

Pacientka /x/ ..... Rodné číslo: ...../.....  
jméno příjmení

zákonný zástupce /x/ .....  
jméno příjmení titul

**Důvod výkonu** (srozumitelně, laicky, specifikujte v níže uvedených bodech) :

Účel a povaha zdravotního výkonu, typ navrhované léčby, výhody a rizika pro pacienta, prognóza:

Poučení, zda má zdravotní výkon nějaké **alternativy** a zda má zákonný zástupce možnost zvolit si jednu z alternativ:

Údaje o případném možném **omezení** v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, případné změny zdravotní způsobilosti:

Údaje o **léčebném režimu** a **preventivních opatřeních** (edukace), o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem pacienta/tky a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o pacientově zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit jeho/její léčbu nebo ohrozit jeho/její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

**Souhlasím s navrhovaným postupem léčby. Podpis zákonného zástupce:**

V Chrudimi dne ..... v.....hod. Jmenovka a podpis lékaře/řky: .....

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec