

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

### Hysteroskopie s abrazií

#### **Vážená paní,**

byla Vám doporučena operace: **hysteroskopie s abrazií**

Před operačním výkonem budete ošetřujícím lékařem/operátorem informováni o tom, proč se výkon bude provádět, o způsobu provedení, možných komplikacích a následcích. Tento materiál by Vám měl podat základní informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu a dále by měl být návodem k případným dotazům na ošetřujícího lékaře/operátora.

#### **Operační postup**

Podstatou **hysteroskopie** je prohlédnutí dutiny děložní speciální optikou, případně odběr kousků tkáně nebo ošetření některých změn v dutině děložní. Při **abrazi** odstraňujeme sliznici hrdla a těla děložního kyretou.

#### **Vlastní operační výkon**

Operace se provádí v celkové narkoze, po důkladné dezinfekci rodidel. Přístup k děložní dutině je přes pochvu a děložní hrdlo, které rozšiřujeme dilatací pro zavedení nástrojů - hysteroskopu nebo kyrety.

#### **Následky operace**

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejich změn. Vytvoření nové děložní sliznice trvá obvykle asi 14 dní a bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Pobyt v nemocnici bývá obvykle jeden až dva dny. S pohlavním stykem doporučujeme vyčkat do doby, než ustane krvavý výtok a vytvoří se nová sliznice.

#### **Komplikace**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např.

- "trombóza" (vytvoření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin),
- "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích),
- krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. Mezi vzácné komplikace dále patří výskyt vzduchové embolie, přetížení oběhu tekutinou (FOS). I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem-anesteziologem.

#### **Možné následky výkonu**

U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice, dále chronické poruchy vyprazdňování z důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní. V některých případech je nutné tyto následky řešit reoperací.

**Vážená paní,**

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora/anesteziologa) na všechno, co Vás ve vztahu k ambulantnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby váš výkon proběhl bez komplikací.

**PROSÍME, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!**

Přejeme Vám, ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacientka: ..... RČ: ..... Oddělení: .....

Bytem: .....

Zákonný zástupce/opatrovník: ..... RČ: .....

Bytem: .....

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře **výslovně souhlasím** a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem **výslovně souhlasím**. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byla jsem rovněž podrobně poučena o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbanálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědoma toho, že provedení doporučeného výkonu mohu podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědoma, že zamlčení jakýchkoliv údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebyť informována o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučena, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilá podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

Podpis pacientky/zákonného zástupce/opatrovníka\*: .....

Já, níže podepsaný(á), MUDr. ...., potvrzuji, že pacientka/zákonný zástupce/opatrovník \* byla podrobně seznámena se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byla informována o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne: ..... v .....hod.

Podpis lékaře: .....

Jmenovka a podpis svědka: .....

\* nehodící se škrtněte