

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

# Snesení kondylomat z vulvy (event. pochvy)

### **Vážená paní,**

byla Vám doporučena operace: **Snesení kondylomat z vulvy (event. pochvy)**

Před operačním výkonem budete ošetřujícím lékařem/operátérem 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/operátéra.

### **Operační postup**

Podstatou operace je snesení kondylomat z oblasti zevních rodidel (event. pochvy).

Condylomata accuminata jsou bradavičnaté výrůstky, nacházející se především v oblasti zevního genitálu, v pochvě nebo v okolí konečníku, způsobené virovou infekcí (lidský Papilomavirus). Přenáší se pohlavním stykem, po ošetření může dojít k recidivě onemocnění.

### **Operační výkon**

Zárok se provádí v krátkodobé celkové anestezii. Po desinfekci postižené oblasti se ostře (exkochleační lžičkou, nůžkami nebo skalpelem) snáší výrůstky i se spodinou. Spodina může krvácet, proto je někdy nezbytné ošetřit ji stehem.

### **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" (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin),
- "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou), krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli.

Protože se jedná o drobný operační výkon, jsou závažnější komplikace vzácné, patří mezi ně především krvácení ze spodiny po snesení kondylomat. Někdy může dojít k poranění vnitřních orgánů dutiny břišní, nejčastěji močového měchýře (především při lokalizaci kondylomat na přední poševní stěně). Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám v případě zájmu vysvětleny lékařem anesteziologem.

### **Vážená paní,**

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