

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

# Konizace a jiné operace čípku děložního

**Vážená paní,**

byla Vám doporučena operace: **Konizace a jiné operace čípku děložního**

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.

Dosavadní výsledky vyšetření ukazují na onemocnění děložního čípku. Byla Vám provedena všechna dostupná vyšetření, ze kterých vyplývá, že je nutný operační výkon k přesnému určení rozsahu a charakteru onemocnění. Jde o výkon diagnostický, pomocí kterého určíme současný stav onemocnění čípku. Často jde zároveň i o výkon léčebný, kdy se odstraní postižená část čípku a není nutná další léčba, jde tedy o výkon preventivní. Na základě podrobného vyšetření odstraněné části čípku Vám sdělíme další postup.

### **Operační postup**

Podstatou operace je odstranění části děložního čípku, která je postižena nepříznivými změnami tkáně a plastická úprava čípku.

### **Vlastní operační výkon**

Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k děložnímu čípku je přes pochvu. Oblast změněné tkáně se vytne ve tvaru kužele, jehož vrchol směřuje k dutině děložní. Na ranné ploše se zastaví krvácení a čípek se plasticky upraví. Obvykle se připojí seškrábnutí sliznice z hrdla děložního a dutiny děložní, aby bylo možno vyloučit nepříznivé změny těchto tkání.

### **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. 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**

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejich změn. Hojení čípku trvá obvykle asi 4 týdny a bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Pobyt v nemocnici bývá obvykle 2 dny, vyjimečně až 7 dnů. Následky operace se neprojeví na menstruačním cyklu, na sexuálním životě nebo možnosti otěhotnění a porodu, i když v následném těhotenství je nutné podrobnější sledování. U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Špatné hojení operační rány s opakovanými převazy a možné vytvoření keloidní, hypertrofické jizvy, 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 mohou 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