

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

Operace drobných vývojových vad genitálu

Vážená paní/pane,

Vaší dceři byla doporučena gynekologická operace: Operace drobných vývojových vad genitálu.

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.

Vlastní operační výkon

Operace srůstů zevních rodidel:

Provádí se v raném dětském věku při neúspěchu konzervativní terapie. V celkové anestézii je provedeno ostré rozrušení srůstů zevních rodidel pomocí elektrického nože a tím je uvolněn a zpřístupněn poševní vchod a zevní ústí močové trubice.

Operace neprůchodnosti panenské blány:

Provádí se až v období puberty při prvních známkách městnání menstruační krve v pochvě. Jen vzácně se provádí v novorozeneckém období, kdy nahromaděný hlen v pochvě (mukokolpos) je překážkou močení. V celkové anestezii je hymen (panenská blána) naříznut pomocí elektrického nože a tím je umožněn volný odtok menstruační krve.

Operace nevyvinuté dolní části pochvy:

Tato operace se provádí při nevyvinutí dolní části pochvy, kdy se v období puberty objeví známky městnání krve ve zbývající horní části pochvy. V celkové anestézii pomocí elektrického nože naříznuta dolní část přepážky mezi močovou trubicí a konečníkem. Potom je postupně tupě rozpreparována a tím otevřen dolní pól pochvy. Okraje pochvy jsou přišity k poševnímu vchodu, čímž je umožněn volný odtok menstruační krve. Vlastní operační výkon trvá pouze několik minut.

Plastická úprava malých stydkých pysků:

Provádí se jenom při jejich výrazné asymetrii nebo při výrazném zvětšení, kdy jsou zraňovány prádlem. Malý stydký pysk se zmenší vytětím trojúhelníku s bází na dolním okraji a následným sešitím na vnitřní a zevní straně. Kosmetický efekt je velmi dobrý.

Komplikace

I přes pečlivou techniku může dojít během zákroku k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močové trubice a konečníku. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu.

Možné následky výkonu

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. 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 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: vhod.

Podpis lékaře:

Jmenovka a podpis svědka:

* nehodící se škrtněte