

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

Umělé přerušení těhotenství v I. trimestru

Vážená paní,

na základě Vaší žádosti nebo ze zdravotních důvodů Vám bude provedeno umělé přerušení těhotenství. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Poplatek UPT - dle platného ceníku Chrudimské nemocnice.

Operační postup

Podstatou operace je vybavení obsahu dutiny děložní.

Vlastní výkon

Operace se provádí v celkové narkose. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Obsah dutiny děložní je vybaven odsáním nebo kyretou. Doba trvání je cca 10 - 15 min. Doba hospitalizace 1 - 2 dny.

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 tkáně. Nejméně 14 dnů po výkonu by jste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel. První menses se po výkonu dostaví za 4 - 6 týdnů. Doporučení zvážení používání antikoncepce.

U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Řídká menstruace až úplné vynechání menstruace při adhezivním pozánětlivém procesu v dutině děložní, 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: vhod.

Podpis lékaře:

Jmenovka a podpis svědka:

* nehodící se škrtněte