

 <b>NEMOCNICE HOŘOVICE</b>	INFORMOVANÝ SOUHLAS <b>PLASTIKA DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>
	IS - 012 G Verze: 01

Identifikační údaje pacienta/ky:	Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:
Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Rodné číslo:	Rodné číslo:
Trvalé bydliště:	Trvalé bydliště:
Zdravotní pojišťovna:	Vztah k pacientovi:
Oddělení:	

### Vážená paní,

protože se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informována. Na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena plastika děložního čípku.

### Důvody (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem tohoto výkonu je odstranění patologicky změněné části čípku děložního, vzniklé nejčastěji po porodním poranění, a jeho následná plastická úprava.

### Postup při provádění výkonu:

Operace je prováděná na operačním sále v celkové anestézii. Přístup k děložnímu čípku je přes pochvu. Oblast změněné tkáně se vytné. Na ranné ploše se zastaví krvácení a čípek se plasticky upraví.

### Možné komplikace a rizika:

- krvácení s různou intenzitou, jen ve výjimečných případech je nutno provést revizi a krvácení ošetřit
- infekce v operačním poli
- poranění tkáně v okolí výkonu
- rozpad sešití rány
- alergická reakce se může vyskytnout na jakémkoliv léčivo nebo dezinfekční prostředek, může se projevit kopřivkou, zarudnutím, svěděním kůže, dechovými obtížemi, nízkým krevním tlakem, až šokovým stavem
- komplikace po celkové anestézii

U žádné operace nelze jednoznačně vyloučit, že nedojde k závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která si vynutí urgentní, předem nedomluvený zákrok nutný k záchraně života. Nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou uvedené výše.

Pokud se po propuštění objeví krvácení větší než menstruační, bolesti v podbřišku, teploty, zimnice, třesavky či jiné obtíže, měla byste ihned vyhledat lékaře (obvodního gynekologa event. v akutním stavu pohotovost).

### Jaký je režim pacientky před výkonem:

Jak užít léky, které dlouhodobě užíváte, Vám sdělí Váš ošetřující nebo praktický lékař.

Vzhledem k tomu, že se operace provádí v celkové anestezii:

- od půlnoci nejzte, nepijte, nežvýkejte a nekuřte
- informujte lékaře o stavech, které by mohly mít za následek pooperační komplikace nebo neuspokojivý výsledek výkonu (zejména poruchy srážlivosti krve, alergie, závažné interní a akutně probíhající onemocnění, AIDS, infekce, dlouhodobě užívané léky, komplikace po předchozí anestezii)

O anestézii Vás bude informovat lékař – anesteziolog, který Vám může předepsat tlumící či zklidňující léky v rámci předoperační přípravy.

### Režim pacientky po provedeném výkonu:

- je nutné 2 hodiny nejíst, nepít, nevstávat z lůžka
- po 2 hodinách vstát v doprovodu sestry
- po dobu 4-6 týdnů dodržujte klidový a hygienický režim, zabraňující vzniku komplikací:
  - absence pohlavního styku
  - zvýšená hygiena (časté sprchování, ne koupele)
  - omezte fyzickou zátěž

Menstruační cyklus není vlastním výkonem ovlivněný.

Vysvětlující pohovor provedl dne:

(razítko a podpis lékaře)

1) Prohlašuji, že jsem byla řádně a srozumitelně lékařem informována (poučena) o důvodu, předpokládaném výsledku, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích výkonu. Dále mi byly vysvětleny komplikace a zdravotní následky, pokud výkon nepodstoupím (odmítnu). Obdržela jsem poučení o výkonu, které jsem si přečetla. Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržela vysvětlení, kterému jsem porozuměla.

2) Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života a zdraví, budou tyto výkony provedeny.

3) Byla jsem seznámena s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup anebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem. Přečetl/a jsem si celý obsah tohoto informovaného souhlasu před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím a „Informovaný souhlas“ svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku vlastnoručně podepisuji.

Datum.....

.....  
Podpis pacientky,  
zákonného zástupce, opatrovníka

**Vyplní lékař:**

---

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

- aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu
- pacient (zákonný zástupce-identifikace) odmítl podepsat

z důvodu:.....

Způsob projevu souhlasu:

Způsob projevu nesouhlasu:

**Datum:**

**Podpis svědka/ů:**

**Podpis a jmenovka lékaře:**