

Informovaný souhlas pacientky s výkonem

Hysterosalpingografické vyšetření

Vážená paní,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informována a svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče (pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo navrženo hysterosalpingografické vyšetření, tzn. rentgenové vyšetření vnitřních rodidel (dělohy a vejcovodů) s aplikací kontrastní látky. Toto vyšetření bylo indikováno Vaším ošetřujícím gynekologem po zvážení přínosu a rizika pro další diagnostiku a léčbu Vašich potíží.

Co je hysterosalpingografie:

Jedná se o ambulantní rentgenové vyšetření dutiny děložní a vejcovodů, které provádí gynekolog ve spolupráci s radiologickým asistentem. Pomocí speciálního přístroje se plní dutina děložní a vejcovody kontrastní látkou a dochází k zobrazení tvaru dutiny děložní a vejcovodů se zhodnocením jejich průchodnosti a provedením rentgenového snímku.

Pokud je Vám známo, že jste alergičtí na jodové kontrastní látky, je nutné na tuto skutečnost upozornit lékaře!

V těhotenství se tento výkon neprovádí vzhledem k riziku rentgenového záření. Je proto nutno před vyšetřením spolehlivě vyloučit graviditu!

Abychom snížili riziko komplikací a především alergických reakcí na minimum, zodpovězte prosím následující otázky:

Jste těhotná?	Ano*	Ne*
Máte alergii na:	Ano*	Ne*
- léky?	Ano*	Ne*
- prach, pyly, zvířata?	Ano*	Ne*
- jod a jodové preparáty?	Ano*	Ne*
Onemocnění štítné žlázy?	Ano*	Ne*
Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?	Ano*	Ne*
Infekční onemocnění, včetně AIDS?	Ano*	Ne*
Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení, kontrastní látku?	Ano*	Ne*
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke srážení krve?	Ano*	Ne*

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyšetření příčiny neplodnosti nebo opakovaného potrácení (nemožnost donosit plod) či podezření na vrozenou vývojovou vadu vnitřních rodidel.

Alternativy výkonu:

Toto vyšetření může být částečně nahrazeno provedením hysteroskopie a diagnostické laparoskopie s chromopertubací. Toto jsou operační výkony, které nelze provést ambulantně a je nutná hospitalizace. Provádějí se v celkové anestézii, dochází k narušení kožní integrity v oblasti přední stěny břišní a nesou s sebou rizika spojená s těmito výkony a s anestézií (viz informované souhlasy diagnostická laparoskopie a diagnostická hysteroskopie).

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Pokud užíváte antiagregantia (tzn. Anopyrin, Godasal, Tagren, Ticlid, Plavix, atd.), měla byste je dle typu léku vysadit 7-10 dní před výkonem, pokud nebude Vaším lékařem stanoveno jinak. V případě, že berete antikoagulační léčbu (tzn. Warfarin, Orfarin, Lawarin, atd.), musí být tyto léky několik dní před zákrokem vysazeny a nahrazeny

injekční formou léčby. Před zákrokem je vhodné přijímat tekutiny a lehkou stravu. Ošetřujícího lékaře musíte informovat o stavech, které zvyšují riziko zákroku samého nebo by mohly mít za následek komplikace po zákroku nebo neuspokojivý výsledek zákroku. Jsou to především alergie na léky a dezinfekční prostředky, krevní choroby, poruchy srážlivosti krve, závažné interní (vnitřní) choroby, infekční choroby včetně AIDS, užívané léky, zejména preparáty snižující srážlivost krve. V tomto případě bude doporučen odpovídající režim před vyšetřením.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vyšetření se provádí v gynekologické poloze na rentgenologickém vyšetřovacím stole. Po desinfekci rodidel zavede gynekolog vaginální cestou (přes pochvu) tzv. Schultzeho přístroj (pevný kovový nástroj o průměru asi 5mm) do hrdla děložního, a upevní ho pomocí dvou fixátorů. Po té se plní dutina děložní a vejcovody kontrastní látkou a dochází k zobrazení tvaru dutiny děložní a vejcovodů a hodnotí se jejich průchodnost během vyšetření na obrazovce přístroje. Na závěr radiologickým asistentem pořídí rentgenový snímek.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

V průběhu výkonu:

- eventuelní drobná poranění hrdla děložního při fixaci Schultzeho přístroje,
- eventuelní drobná poranění sliznice děložní při aplikaci kontrastní látky,
- eventuelní poranění stěny děložní při zavádění nástrojů do dělohy,
- alergická reakce na kontrastní látku.

Po ukončení výkonu:

- pálení a/nebo řezání v pochvě po předchozí desinfekci,
- eventuelní zánět sliznice pochvy nebo dělohy s nutností antibiotické léčby.

Jiné komplikace jsou velmi vzácné.

Riziko spojené s ionizujícím zářením:

Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn, vedoucích k poškození struktur živé hmoty (negativní působení na plod, poškození kůže, oční čočky, poškození kostní dřeně, formy stěvních, neuropsychické problémy a ve vysokých dávkách až nemoc z ozáření). Jedná se o postižení akutní i chronická. K těmto druhům postižení v radiodiagnostice nedochází nebo jen velmi vzácně v mírné formě, protože dávky ionizujícího záření používané při radiodiagnostických metodách jsou mnohonásobně nižší, tzv. podprahové.

Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Výkon se provádí ambulantně a není nutná specifická příprava vyjma stavů zvyšujících riziko tohoto výkonu (viz výše). Je nutné zajistit si doprovod a dohled další osoby po provedení ambulantního výkonu

Identifikační údaje pacientky:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Hysterosalpingografické vyšetření	
--	--

**Vysvětlující pohovor
provedli:**

--	--

identifikace a podpis indikujícího lékaře

identifikace a podpis radiologického asistenta

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informovala ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajila jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

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

V Ostravě dne: _____

podpis pacientky, zákonného zástupce, opatrovníka