

## Informovaný souhlas pacientky s výkonem

### Hysteroskopická diagnostika

#### **Vážená paní,**

vzhledem k tomu, že 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.

Na základě obtíží, klinického a ultrazvukového vyšetření Vám byla doporučena diagnostická operace. Chtěli bychom Vám poskytnout informace o plánované operaci, abyste mohla s doporučeným postupem vyslovit svůj souhlas.

#### **Co je hysteroskopie:**

Hysteroskopie je endoskopická operace, při které je do dutiny děložní přes pochvu a čípek děložní zavedena tenká optika a je kompletně prohlédnuta dutina děložní, eventuálně jsou odebrány vzorky sliznice dutiny děložní k další diagnostice.

#### **Alternativy výkonu:**

Tato operace nemá alternativu.

#### **Jaký je režim pacientky před výkonem:**

Operace se provádí v celkové anestézii. V případě, že není možno aplikovat celkovou anestézii, provádí se v takzvané spinální anestézii, nebo v lokálním znecitlivění. Po dobu minimálně 6 hodin před výkonem nemůžete přijímat tekutiny, stravu a kouřit. O anestézii Vás bude informovat lékař anesteziolog, který Vám může předepsat podání různých tlumících a zklidňujících léků v rámci předoperační přípravy.

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace bude provedena hysteroskopickou technikou - na monitoru bude znázorněna dutina děložní. Tato bude prohlédnuta a bude vyhodnoceno, jestli daný nález je příčinou potíží. Následně bude provedena abraze hrdla a dutiny děložní a všechen odebraný tkáňový materiál bude podroben mikroskopickému vyšetření. V případě nálezu endometriálního polypu nebo myomu (nezhoubný nádor svaloviny děložní) bude operace ukončena a následně Vám bude navrženo odstranění útvaru stejnou technikou, ale na velkých operačních sálech pro nemožnost provést rozsáhlejší hysteroskopický operační výkon na zákrovém operačním sále. V případě, že by tento výkon nebyl možný z důvodu nemožnosti proniknout do dutiny děložní pro srůsty v hrdle děložním, bude od výkonu ustoupeno pro riziko poranění dělohy. Potom bude podle Vašeho zdravotního stavu a předpokladu onemocnění zahájena konzervativní léčba léky, nebo Vám bude navrženo plánované operační odstranění celé dělohy pro nemožnost vyloučit zhoubný proces v dutině děložní.

#### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Popisovaných komplikací u operace není mnoho. Může dojít k většímu krvácení s nutností transfuze krve, k poranění dělohy, které si za určitých okolností může vyžádat odstranění dělohy, k poranění močového měchýře či močovodu, nebo k pooperační komplikaci ve smyslu zánětu dělohy. Poranění močové trubice a močového měchýře je nutno operačně ošetřit a následně odvádět moč po dobu několika dnů. Doba hospitalizace se potom prodlužuje na 10-14 dní. Popisované komplikace jsou ojedinělé.

#### **Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:**

Bezprostředně po operaci budete při nekomplikovaném průběhu 2 hodiny monitorována na operačním sále a poté budete přeložena na standardní oddělení. Na standardním lůžkovém oddělení můžete ihned chodit, jíst a pít. Běžná doba hospitalizace trvá 3 dny. Pracovní neschopnost po propuštění z nemocnice není nutná.

**Identifikační údaje pacientky:**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Hysteroskopická diagnostika</b> |
|------------------------------------|

**Vysvětlující pohovor provedl:**

|  |
|--|
|  |
|--|

identifikace a podpis lékaře

**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