

| | |
|--|---|
|  NEMOCNICE HOŘOVICE | INFORMOVANÝ SOUHLAS KONIZACE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU (LOOP) |
| | IS - 006 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 konizace děložního čípku metodou LOOP.

Důvody (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem tohoto výkonu je odstranění patologicky změněné části čípku děložního.

Postup při provádění výkonu:

Operace je prováděná na operačním sále v celkové anestézii. Přes pochvu se pomocí speciální elektrické kličky nebo praporku odstraní patologicky změněná tkáň čípku děložního. Odstraněná tkáň bude odeslána k dalšímu vyšetření. Doba hospitalizace je nejčastěji jeden až dva dny.

Možné komplikace a rizika:

- krvácení s různou intenzitou, jen ve výjimečných případech je nutno provést revizi a krvácení ošetřit
- infekce v operačním poli
- neúplné odstranění patologického nálezu na děložním čípku
- poranění tkáně v okolí výkonu
- alergická reakce se může vyskytnout na jakémkoliv léčivu nebo dezinfekčním prostředek, může se projevit kopřivkou, zarudnutím, svěděním kůže, dechovými obtížemi, nízkým krevním tlakem, až šokovým stavem
- komplikace po celkové anestézii

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že nedojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou uvedené výše. Na specifické komplikace vzhledem k danému výkonu se ptejte svého ošetřujícího lékaře.

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

Očekávaná doba nástupu menstruace nebývá zásadně ovlivněna tímto výkonem.

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: