

 <b>NEMOCNICE HOŘOVICE</b>	INFORMOVANÝ SOUHLAS  <b>STERILIZACE</b>
	IS - 014 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. Požádala jste o provedení sterilizace tj. nezvratně vyloučit možnost samovolného otěhotnění. Chtěli bychom Vám poskytnout informace, které Vám pomohou si udělat lepší představu o tomto plánovaném výkonu.

### Jaké jsou důsledky tohoto výkonu:

Jak už bylo výše řečeno, sterilizace je operace, po které je nezvratně vyloučena možnost samovolně otěhotnět. Protože se operace provádí jen na vejcovodech, nemá vliv na Váš menstruační cyklus a tato operace by neměla způsobit změny hormonálních hladin projevujících se změnou menstruačního cyklu, nebo vyvolat stav ženského přechodu.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

V celkové anestézii se zavede do dutiny břišní endoskop (laparoskop) tj. optické zařízení, které umožní prohlédnout pánev a dutinu břišní. Skládá se z trubice s optikou, která se zavádí v oblasti pupku, a pomocných nástrojů, které umožní přístup k jednotlivým orgánům. Poté se provede samotné uzavření obou vejcovodů, které se v určitém místě spálí a následně se provede jejich přestřížení. V případě patologického nálezu na jednom nebo obou vaječnicích dáváte souhlas k odebrání vzorků k další diagnostice, případně k ošetření vaječniců.

**Během operace může vzniknout situace, že nelze laparoskopicky sterilizaci provést. Dále se může pokračovat dvěma způsoby:**

1. ukončení operace a tudíž sterilizace nebude provedena
2. změna operačního přístupu na otevřenou operaci, dutina břišní se otevírá z příčného řezu v podbříšku a následné provedení sterilizace

**V informovaném souhlasu se můžete svobodně rozhodnout o jedné z těchto možností.**

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- vzácně může dojít vlivem operace k zhoršení prokrvení vaječniců s následným vyhasnutím jejich funkce, což vede k předčasnému přechodu (klimakteriu)
- silnější krvácení do dutiny břišní, které si může vyžádat operační revizi
- může dojít k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a střeva, tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu o další výkon
- infekční komplikace, může si vynutit rozšíření léčby např. o antibiotika, nelze vyloučit i nutnost dalších operací
- infekce močových cest
- alergie na léky nebo dezinfekční prostředky s různými příznaky – vyrážka, nevolnost, možný i rozvoj dušnosti a poruchy činnosti srdce
- zvýšená teplota; poruchy spontánního močení; zvracení
- porucha střevní činnosti spojená se zadržením plynů a eventuálním pocitem vzedmutí břicha je po manipulaci v dutině břišní normální a zpravidla do 48 hodin odezní
- ileus - neprůchodnost střev
- 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.

### 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 nejezte, 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 výkonu:

- je nutné 2 hodiny nejíst, nepít, nevstávat z lůžka
- po 2 hodinách vstát v doprovodu sestry
- po dobu 2-3 týdnů dodržujte klidový a hygienický režim, zabraňující vzniku komplikací:
  - absence pohlavního styku
  - zvýšená hygiena (časté sprchování, ne koupele)
  - omezte fyzickou zátěž

Obnovení menstruace lze očekávat za 4 - 6 týdnů po výkonu.

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 možné komplikace a zdravotní následky, pokud výkon nepodstoupím (odmítnu).

Měla jsem možnost klást lékařovi 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.

4) Byla jsem seznámena s postupem operace a následnými možnostmi lékařského postupu v případě, že laparoskopicky sterilizaci nebude možno provést. Tímto se svobodně vyjadřuji jak má průběh započaté laparoskopické operace pokračovat (prosím zaškrtněte možnost):

ukončit operaci a tudíž sterilizaci neprovádět

změnit operační přístup na otevřenou operaci tj. otevřít dutina břišní z příčného řezu v podbřišku a následně provést sterilizaci

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: