

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem

### Odstranění Bartholinské žlázy

<b>Jméno, příjmení:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Bydliště:</b>	
<b>Číslo zdravotní pojišťovny:</b>	

Vážená paní,  
vzhledem k tomu, že jako osoba způsobilá k právním úkonům 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 Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno odstranění nebo drenáž Bartholinské žlázy.

#### Co je to Bartholinská žláza:

Bartholinská (Bartholiniho) žláza, známá též jako velká předsíňová žláza, je párová žláza velikosti hrášku nacházející se v oblasti ženských zevních pohlavních orgánů. Je umístěna po levé a po pravé straně poševního vchodu.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem výkonu může být zánět známý jako bartholinitida, který vzniká buď ucpaním jejího vývodu (zejména v těhotenství), nebo z důvodu infekce (z prostředí nebo pohlavně přenosnou nemocí). Zánět způsobuje zduření žlázy a je velmi bolestivý, protože oblast je protkána nervovými zakončeními. Pokud se vytvoří absces, případně i nebolestivá přetrvávající cysta, je indikována operace.

#### Alternativy výkonu:

Alternativa výkonu je možnost zavedení „kamínku“ – lupus infernalis (AgNO<sub>3</sub>) do žlázy, ten žlázu zničí a poté se zbylé pouzdro žlázy vyjme.

Další možností je provedení incize (řezu) žlázy a zavedení drénu, který bude odvádět nežádoucí obsah žlázy ven. Tento výkon je možné provést i ambulantně a je spojen s

možností opakování se obtíží.

O posouzení provedení výkonu rozhoduje lékař – gynekolog.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informována po přijetí na oddělení.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Tento výkon provádíme v celkové anestézii. Výkon samotný trvá maximálně několik desítek minut. Dochází při něm k vyjmutí žlázy a následnému sešití rány po odstraněné žláze. Při této operaci se může zavádět drén a podávat antibiotika.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý zákrok i tento je spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

##### Během výkonu:

- při rozsáhlejším útvaru může dojít k deformitě v oblasti stydkých pysků a/nebo poševního vchodu,
- k silnému krvácení s nutností výkon opakovat, podat léky na zástavu krvácení či v krajním případě podat krevní převod,
- další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy; bližší informace Vám poskytne před operací přímo lékař – anesteziolog.

##### Po výkonu:

- infekce operační rány, velmi vzácně k vytvoření hnisavého ložiska tzv. abscesu, který je nutno vyprázdnit
- alergie na léky nebo dezinfekční roztok – kopřivka se svěděním kůže,

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

#### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Vzhledem k charakteru výkonu (poševní přístup) je po výkonu nutné dodržovat určitá doporučení k zabránění rozvoje krvácení či infekce. Jde hlavně o zvýšenou hygienu (časté sprchování, nikoliv však koupele), vyvarování se zvýšené fyzické námahy a pohlavního styku po dobu 2-3 týdnů. Kontrola po výkonu se provádí většinou za týden. Pokud Vás po výkonu s odstupem času bude bolet v oblasti hráze či stydkých pysků a/nebo budete silně krvácet, budete mít horečku a/nebo budete-li mít pocit, že není něco v pořádku, neprodleně se obraťte na svého lékaře či na naše oddělení.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

**Předpokládaný prospěch výkonu:**

Odstranění obtíží, zejména bolestí a opakovaných zánětů. Upravení poměru zevního genitálu do normálního stavu.

Byla jsem svým ošetřujícím lékařem poučena o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a. s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byla jsem poučena, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO  NE

**Doplňující údaje lékaře:**

.....

**Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně informována o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.**

**Jsem si vědoma toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.**

**Jsem srozuměna s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.**

**Datum: .....**

**Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):.....**

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem - anesteziologem.**

**Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.**

**Datum:.....**

**Jméno lékaře: .....Podpis: .....**