

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Hysteroskopie

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní,
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná 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 byl lékařem indikován výkon – hysteroskopie.

Co je hysteroskopie:

Hysteroskopie umožňuje vizualizovat kanál hrdla děložního a dutinu děložní. Zároveň jsme schopni během výkonu odstranit drobné patologie hrdla a dutiny děložní (polypy, submukózní myomy apod.) či odebrat materiál na histologické vyšetření.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Hlavním důvodem je podezření na onemocnění kanálu hrdla a dutiny děložní, neplodnost či problémy menstruačního cyklu.

Alternativy výkonu:

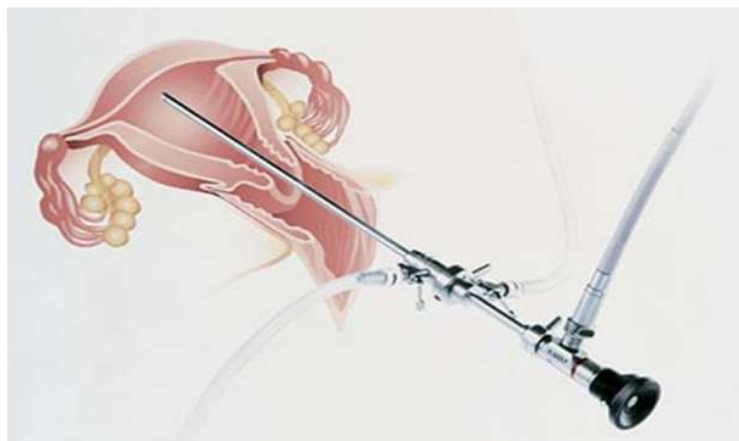
Alternativou může být prostá kyretáž hrdla a dutiny děložní, která však neumožňuje vizualizaci. Při opakovaných obtížích (např. recidivující polypy) pak odstranění dělohy (hysterektomie) po předchozí histologické verifikaci onemocnění sliznice hrdla a dutiny děložní.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informována po přijetí na oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí v celkové narkóze. Podstatou je zavedení nástroje (hysteroskopu) přes pochvu a čípek děložní do dutiny děložní. V nástroji je umístěna kamera a pracovní kanál pro provádění drobných výkonů a odběru histologie. Součástí výkonu bývá závěrečná kyretáž kanálu hrdla a dutiny děložní. Doba trvání výkonu je cca 15 minut.



Jaké jsou možné komplikace a rizika:

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

Během výkonu:

- k poranění stěny děložní s následným krvácením, které je nutné operačně ošetřit laparoskopicky nebo dokonce z řezu na přední stěně břišní. Nelze ani předem vyloučit, že během ošetření bude nutno odstranit i celý poraněný orgán,
- výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchylky), může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (močový měchýř, močová roura, močovody, střevo); tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu nebo i k opakované operaci,
- další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy; bližší informace Vám poskytne před operací přímo lékař – anesteziolog.

Po výkonu:

- infekce dutiny děložní s nutností podat antibiotika,
- srůsty v dutině děložní.

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:

Předpokládaná doba hospitalizace je při nekomplikovaném průběhu 1-2 dny. Za určitých předem daných podmínek je možno také výkon provést ambulantně. O tom, zda výkon bude proveden ambulantně či za hospitalizace rozhoduje lékař oddělení po zvážení stavu. Po operaci je nutná rekonvalescence potřebná k plnému vyhojení v trvání cca 1 týdne. Nejméně dva týdny (dle rozsahu výkonu) byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel. Slabé krvácení (špinění) po výkonu ustává do týdne. Máte-li zachován menstruační cyklus, první krvácení po výkonu se dostaví za cca 4 týdny. Pracovní neschopnost může být vystavena většinou v délce cca 2-3 dny. 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:

Zobrazení kanálu hrdla děložního a dutiny děložní, odstranění drobných patologií, odběr materiálu na histologickou verifikaci.

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 anestézie/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:**