

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Umělé ukončení těhotenství – UUT (Abortus artificialis)

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

Vážená paní,

vzhledem k tomu, že jako osoba svéprávná 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.

Z osobních či rodinných důvodů jste se rozhodla sama, nebo ze zdravotních důvodů Vám bylo doporučeno ukončení probíhajícího těhotenství. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Co je umělé ukončení těhotenství:

Umělé ukončení těhotenství je lékařský výkon, kterým je operativním způsobem vybaveno plodové vejce z dělohy. Způsob ukončení těhotenství je závislý na stáří těhotenství:

- vakuomaspirace – provádí se vakuomaspirační kyretou, tento způsob je vhodný do 8. týdne těhotenství – tzv. „miniinterrupce“
- instrumentální („klasický“) potrat – ukončení těhotenství kyretou a potratovými kleštěmi

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Ukončení (přerušeni, odstranění) těhotenství je prováděno buď na vlastní žádost, nebo ze zdravotní indikace.

Alternativy výkonu:

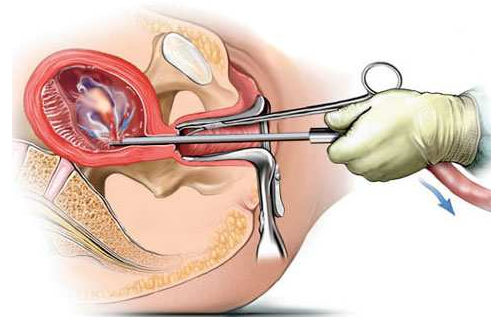
Alternativou výkonu je chemické ukončení těhotenství, které je prováděno v našem zařízení tabletami Mifegyne a Misopregol.

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 anestezii (narkóze). Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Po dilataci hrdla děložního zavádíme do dělohy plastovou kyretu, kterou se odsává obsah dutiny děložní. Doba trvání výkonu je cca 10-15 minut. Operační výkon provedený tímto způsobem je vhodný do 8. týdne těhotenství – tzv. „miniinterrupce“. Při déle trvající graviditě je nutno použít tzv. potratové kleště. Na závěr se poté provede „dočištění“ dutiny děložní ostrou kyretou.



Jaké jsou možné komplikace a rizika:

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

Během výkonu:

- silné krvácení s nutností výkon opakovat, podat léky na zástavu krvácení či v krajním případě podat krevní převod,
- poranění stěny děložní s následným krvácením, které je nutné operačně ošetřit z řezu na přední stěně břišní nebo laparoskopicky; nelze ani předem vyloučit, že během ošetření bude nutno odstranit i celý poraněný orgán,

- výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (např. v případě anatomických odchylek), může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (močový měchýř, močová roura, močovody, tlusté a tenké 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 poskytnete před operací přímo lékař – anesteziolog.

Po výkonu:

- infekce dutiny děložní s nutností podat antibiotika,
- neúplné vyčištění dutiny děložní vyžadující opakovaný výkon v celkové anestezii.

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 (aktuální délka těhotenství, počet vašich prodělaných předchozích těhotenství, Váš zdravotní stav, interní choroby, zdravotní důvody k UUT atd.)

Po operaci je nutná rekonvalescence potřebná k plnému vyhojení v trvání cca 1 týdně. Nejméně 2 týdny 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 4-6 týdnů. Pracovní neschopnost je indikována při ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů. Většinou je v délce cca 2-3 dny.

Předpokládaný prospěch výkonu – trvalý následek:

Ukončení těhotenství

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 zdravotnického zařízení, 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: (nutno doplnit nebo proškrtnout)

.....

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. Lékařům jsem nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu.

Jsem si vědoma toho, že při provádění výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Pokud dojde k situaci uvedené v předchozí větě, souhlasím s rozšířením původního výkonu či provedením nového výkonu ve smyslu předchozí věty. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným výkonem i s podáním anestézie.

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

Datum:

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil/a podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestézie/sedace byl seznámen lékařem ARO. Rovněž jsem pacienta seznámil/a s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře: **Podpis:**