

## **Gynekologicko porodnické oddělení, tel. 577 552 910**

### **Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče**

(ve smyslu přílohy č. 1 bodu 5 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. a v souladu s ust. § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu)

Vážená paní,

Na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučeno provedení níže popsaného zdravotního výkonu. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze Vašeho onemocnění či zranění o předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného zdravotního výkonu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého výkonu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození*

Zákonný zástupce nebo opatrovník: \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi*

### **Poševní plastiky**

**Vážená paní,**

bylo Vám doporučeno provedení poševních plastik. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

**Poznámka:**

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu informována, podepište, prosím, **níže uvedené prohlášení a odevzdejte informační list svému ošetřujícímu lékaři.**

Dosavadní výsledky vyšetření a Vaše subjektivní potíže ukazují na nedostatečnost podpůrného a závěsného aparátu pohlavních orgánů. Tato nedostatečnost může mít za následek sestup až výhřez poševních stěn, obvykle spojených se sestupem až výhřezem dělohy, často je spojena s inkontinencí močovou, tj. potížemi s udržení moče. Sestup může postihnout případně i sousední orgány, tj. močový měchýř, močovou trubici a konečník. Navrhovaný operační výkon představuje nejefektivnější řešení této poruchy.

**Účel výkonu:**

Zesílení svalového dna pánevního a plastická úprava pochvy.

**Alternativy výkonu:**

Plastiky s pomocí implantátů.

### **Operační postup:**

- před výkonem je nutno přeléčit event. zánět v pochvě, pro zlepšení operačního terénu a příznivější pooperační hojení se mohou několik dní před operačním výkonem zavádět do pochvy tampony s masťou s příměsí hormonů
- ve většině případů se provádí operační výkon z vaginálního (poševního) přístupu, výjimečně z abdominálního (břišního) nebo kombinovaného.

### **Vlastní operační výkon:**

Chirurgická úprava sestupu rodidel předpokládá zesílení svalového dna pánevního a další plastické úpravy, individuálně může být provedena současně s odstraněním dělohy z poševního přístupu nebo samostatně. Plasty poševní se dělí na přední a zadní, mohou být provedeny každá samostatně nebo obě najednou. Konkrétní operační výkon se vždy provádí individuálně podle zdravotnického nálezu pacientky.

### **Komplikace:**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně

např. „trombóza“ (vytvoření se krevních sraženin v žilách, nejčastěji v oblast dolních končetin), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, ileus“ (zauzlení střev), infekce v operačním poli, infekce močových cest, atd.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močové trubice a konečníku. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému typu operačního výkonu. Další možnou, ale málo častou komplikací, jsou „píštěle“ (komunikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou. Jejich odstranění pak vyžaduje nový operační výkon. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny před operací lékařem – anesteziologem.

### **Možné následky výkonu:**

Konečným výsledkem tohoto operačního výkonu v oblasti zevních rodidel je úprava anatomických poměrů se zabráněním sestupu až výhřezu orgánů (viz výše) a také obnovení schopnosti udržet moč.

U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Špatné hojení operační rány s opakovanými převazy a možné vytvoření keloidní, hypertrofické jizvy. V některých případech je nutné tyto následky řešit reoperací.

### **Vážená paní,**

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu zajímá. **Ujistíme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.**

**Prosím, ptejte se na všechno, co se vám zdá důležité!**

### **Prohlášení a informovaný souhlas**

Podpisem tohoto záznamu potvrzuji, že jsem byla poučena o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech, alternativách, rizicích

i případných omezeních mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékařovi otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně **souhlasím** s provedením navrženého a popsaného zdravotního výkonu.

Zároveň jsem poučena o tom, že mohu udělený souhlas kdykoli odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nejde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Ve Zlíně, dne..... hodina.....

---

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

---

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

---

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli.