

## 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*

## Laparoskopická sterilizace

Vážená paní,

v zájmu zabránění nežádoucího početí jste se rozhodla sama, nebo Vám bylo doporučeno ze zdravotních důvodů definitivní řešení – sterilizace. 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.**

Vaše písemná žádost a souhlas s provedením výkonu jsou podmínkou Vašeho přijetí k hospitalizaci. Podstatou operace je přerušení obou vejcovodů, čímž se zabrání kontaktu ženského vajíčka s mužskou spermií a nedochází k oplození. Rádi bychom Vás upozornili, že zabránění plodnosti sterilizací je nezvratné. V ojedinělých případech je možné po provedené sterilizaci pokusit se o otěhotnění za pomoci umělého oplození. Pokud by, jste se v budoucnu z jakýchkoliv důvodů rozhodla pro umělé oplození, všechny finanční náklady si musíte hradit z vlastních prostředků.

Kromě přerušení vejcovodů se při samotném výkonu provádí i kontrola stavu dělohy, vaječníků, vejcovodů a dalších orgánů v dutině břišní. Sterilizace nemá vliv na průběh menstruace, sexuální život ani na Vaš zdravotní stav. Není příčinou hormonálních změn.

**Účel výkonu:**

Zabránění otěhotnění na přání pacientky nebo ze zdravotních důvodů.

### **Alternativy výkonu:**

Antikoncepce (hormonální, přirozená, bariérová), nitroděložní tělísko.

### **Vlastní operační výkon:**

V celkové narkóze se naplní dutina břišní kyslíčným uhlíčitým a zavede laparoskop, tj. zařízení, které umožní prohlédnout pánev a dutinu břišní. Jeho podstatou je tenká trubice s optikou a pomocné nástroje, které umožní přístup k jednotlivým orgánům. Zavádí se z krátkých řezů délky přibližně 1,5 cm. Podstatou sterilizace je přerušování vejcovodů za pomoci speciálních nástrojů. V odůvodněných případech je po splnění zákonných podmínek možné provést sterilizaci i při porodu císařským řezem a to na základě Vaší předchozí písemné žádosti.

### **Komplikace:**

Občasným doprovodným jevem jsou mírně bolestivé pocity v oblasti klíční kosti na druhý den po výkonu. Jsou způsobeny tlakem zbytku plynu v břišní dutině, jsou neškodné a brzy ustoupí. Žádné pracoviště ani lékař Vám však nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace.

Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Ke komplikacím, které vzácně provázejí všechny typy operací, patří např. "trombóza" (vytvoření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace nebo infekce v oblasti vpichů. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. U laparoskopických operací může výjimečně dojít k většímu krvácení do břišní dutiny, kdy je nutno ve výkonu pokračovat klasickým operačním řezem v podbříšku. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem-anesteziologem.

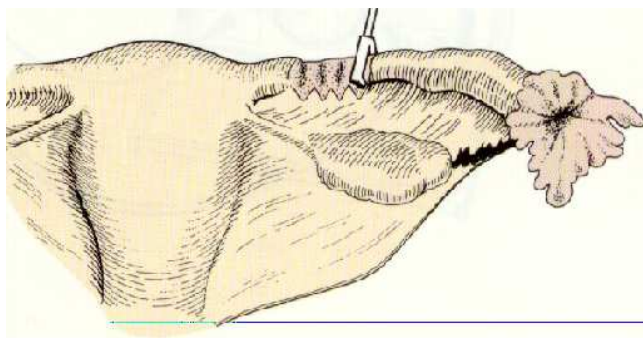
U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice

Ve výjimečných případech se může stát, že Váš organismus obnoví průchodnost vejcovodů a dojde k otěhotnění. Proto se při vynechání měsíčku, které trvá víc jak měsíc, nechejte vyšetřit svým gynekologem. Opakujeme, že jde skutečně jen o vzácné výjimky.

### **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. **Ujišťujeme 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 měla jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně **souhlasím** s provedením navrženého a popsaneho 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.