

## 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*

### Operační odstranění dělohy (hysterektomie) poševní cestou (LAVH)

Vážená paní,

na základě provedených vyšetření Vám bylo doporučeno odstranění dělohy. 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.**

Výsledky provedených vyšetření ukazují na onemocnění dělohy, a proto Vám doporučujeme její odstranění operačním výkonem. Podobná onemocnění jsou většinou nezhoubná (např. svalové nádory děložní svaloviny – „myomy“), i když postupem času se mohou stát nebezpečnými.

**Účel výkonu:**

Odstranění dělohy pro její onemocnění.

**Alternativy výkonu:**

Odstranění dělohy břišní cestou, odstranění dělohy s asistencí laparoskopu

**Operační postup:**

- otevření dutiny břišní pochvou rozstřížením přední a zadní stěny poševní.
- odstranění samotné nemocné dělohy, které může být spojeno:
- s odstraněním vejcovodu a vaječníků
- s odstraněním jiných nemocných orgánů

Ukáže-li se v průběhu operace, že dělohu nelze pochvou odstranit, otevřeme dutinu břišní řezem vedeným v podbříšku a touto cestou operační výkon ukončíme.

Operační výkon vede k odstranění dělohy z její původní lokalizace v malé pánvi. Vejcovody a vaječníky u mladých pacientek se zachovaným cyklickým krvácením, při přechodu ponecháváme (pokud nejeví známky onemocnění). U žen odstraňujeme i vejcovody a nefunkční vaječníky. Protože po operaci může dojít k poruše vyprazdňování moči, zavedeme Vám před operací do močového měchýře cévku. Odstraníme ji několik dnů po operaci.

### **Komplikace:**

Žádný lékař Vám nemůže zaručit ideální výsledek operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako "trombóza" (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, zauzlení střev ("ileus") či infekce v operačním poli jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře.

Samozřejmě je naším přáním, aby Váš výkon proběhl bez komplikací. Ale i přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Vzácně se vyskytující komplikací jsou "píštěle" (komunikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Komplikace mohou nastat i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí lékař-anesteziolog den před operací.

### **Možné následky výkonu:**

Odstranění dělohy vede k trvalé neplodnosti. Již se neobjeví pravidelné měsíční krvácení. Operační výkon není příčinou zvýšení tělesné hmotnosti nebo změny v pocitu ženskosti. U žen s odstraněnými funkčními vaječníky je vhodná následná hormonální substituční léčba.

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, dále chronické poruchy vyprazdňování z důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní. 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. **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 popsáního 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.