

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

Odstranění zevních rodidel – vulvektomie
Rozšířené odstranění zevních rodidel – radikální vulvektomie
břišní cestou

Vážená paní,

na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena operace na zevních rodidlech. 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.**

Účel výkonu: Odstranění zevních rodidel pro jejich onemocnění.

Alternativy výkonu:

Radioterapie.

Operační postup:

Podstatou operace je odstranění zevních rodidel postižených závažnými chorobnými změnami. Při rozšířeném výkonu se odstraňují navíc mizní uzliny v tříselech, které by mohly být chorobou postiženy.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové narkóze. Oblast zevních rodidel je ohraničena kožním řezem, uvolněna od spodiny a odstraněna. Na rané ploše se zastaví krvácení a tkáň se plasticky upraví. Při rozšířeném odstranění zevních rodidel se odstraňuje navíc tuková tkáň s uzlinami v tříselech na obou stranách.

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" (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "
- embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace nebo po operaci či infekce v operačním poli.

Další komplikace mohou vzniknout při podání narkózy. Více informací Vám sdělí lékař – anesteziolog den před operací.

Možné následky operace:

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejích změn. Délka pobytu v nemocnici závisí na průběhu hojení operační rány a obvykle trvá 14 dnů. Operační rány v této lokalizaci se často hojí obtížně, může dojít i k rozpadu rány a nutnosti nového sešití. V třísllech může dojít k hromadění mízní tekutiny. V případě nutnosti po operaci pokračuje další potřebná léčba.

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.**

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 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 popsáno 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 projevili svou vůli.