

Gynekologicko porodnické oddělení, tel: 57 755 2910, fax:57 755 2990
www.bnzlin.cz/oddeleni/gpo/gpo.htm

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 zdravotním 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

Separovaná abrase

Vážená paní,

bylo Vám doporučeno snesení sliznice dutiny děložní. 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 ukazují na nezastupitelnost mikroskopického vyšetření sliznice z Vaší dělohy.

Účel výkonu:

Zjištění příčiny potíží vyšetřením sliznice dutiny děložní.

Alternativy výkonu – hysteroskopie

Operační postup:

Podstatou operace je snesení sliznice hrdla a těla děložního.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k děložní dutině je přes pochvu. Sliznice je uložena v povrchových vrstvách děložní dutiny a při výkonu se šetrně seškrábne.

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, po operaci nebo infekce v operačním poli.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem - anesteziologem.

Možné následky výkonu:

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejich změn. Hojení trvá obvykle asi 10 dní a bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Pobyť v nemocnici nebývá déle než 1 den. Operace neohroží další průběh menstruačního cyklu ani Vaš sexuální život, rovněž možnost otěhotnění u fertálních žen je zachováno.

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 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 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 projevilsvou vůli.