

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 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

**Laparotomie (otevření dutiny břišní) s výkonem
dle nálezu**

Vážená paní,

byla Vám doporučena revize dutiny břišní s výkonem dle nálezu. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Poznámka:

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

I když Vám byla provedena všechna dostupná vyšetření, je operační

Výsledky vyšetření ukazují na možné onemocnění orgánů (děloha, vaječníky), uložených v malé pánvi výkon nutný k přesnému určení rozsahu a charakteru onemocnění. Operace může také ukázat, že Vaše potíže vycházejí z onemocnění jiných orgánů malé pánve.

Účel výkonu:

Zjištění možného onemocnění v dutině břišní.

Alternativy výkonu:

Laparoskopická operace.

Operační postup:

- Otevření dutiny břišní z kožního řezu od pupku ke sponě stydké nebo příčně nad sponou
- Částečné či úplné odstranění nemocných orgánů

Vlastní operační výkon:

Otevření dutiny břišní je provedeno přímým nebo příčným řezem pod pupkem a je závislé na předpokládaném nález. Během operačního výkonu můžeme zjistit, že k úspěšnému léčení Vašich potíží je nezbytné i odstranění dělohy. Pokud bude nutné odstranit oba vaječníky, je možná náhrada jejich hormonální funkce běžně dostupnými léky. Definitivní rozsah operačního výkonu na nemocných orgánech může být stanoven až během operace, kdy vzorky tkání mohou být odeslány k rychlému histologickému vyšetření (peroperační biopsie). Na základě těchto výsledků bude stanoven definitivní operační výkon. Během operace můžeme zjistit, že se jedná o zhoubné onemocnění. Potom bude operační výkon patřičně rozšířen, aby byl danému onemocnění odpovídající a účelný.

Komplikace:

Samozřejmě je naším přáním, aby Váš výkon proběhl bez komplikací.

Žádný lékař Vám však nemůže zaručit ideální výsledek operace a její nekomplikovaný průběh. 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. Vzácně se vyskytují také "píštěle" (komunikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva či cév. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Při poškození se někdy nelze vyhnout ani odstranění části střeva a jeho dočasnému vyvedení přes stěnu břišní.

Při nutnosti odstranění mízních uzlin může dojít po operaci k hromadění lymfy v dutině břišní, což může způsobovat bolesti, zhoršení průchodnosti lymfatických cest pak někdy působí i otoky dolních končetin (tzv. lymfedémy).

Komplikace mohou nastat i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí lékař – anesteziolog den před operací.

Možné následky operace:

Oboustranné odstranění vaječníků, vejcovodů nebo dělohy vede k neplodnosti. Při odstranění obou vaječníků (ev. dělohy) se Vám už neobjeví pravidelné měsíční krvácení. Po odstranění obou vaječníků se mohou objevit příznaky stejné jako u žen v přechodu a proto ženám s dosud pravidelným menstruačním cyklem doporučujeme hormonální podpůrnou léčbu (kromě případů, kdy nelze hormonální léčbu ze zdravotních důvodů podat).

Vážená paní,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátéra) 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 sepíší 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.