



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Gen. R. Tesáříka 80, Příbram I, 261 01
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

Informovaný souhlas pacientky s provedením instrumentální revizí dutiny děložní

Popis zdravotního výkonu:

po přípravě hrdla děložního provedeme evakuace obsahu dutiny děložní pomocí vakuumaspirační kanyly a/nebo kyrety. Výkon se provádí v celkové anestezii.

Byla jsem poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

Všeobecná rizika výkonu: vyšší riziko u obézních pacientů a kuřáků

1. kolaps malých okrsků plic, čímž se zvyšuje riziko infekce plic,
2. vznik krevní sraženiny trombózy v žilách dolních končetin či malé pánve, zřídka se sraženina může uvolnit a způsobit plicní embolii /ucpání cévy v plicích/, která může vést až k smrti,
3. srdeční infarkt nebo mrtvice.

Specifická rizika výkonu :

1. porušení celistvosti čípku s nutností chirurgického ošetření, v budoucnu s vyšším rizikem potratu či předčasného porodu v následující graviditě,
2. poškození dělohy s následnou laparoskopickou revizí – vizualizací dutiny břišní a k vyloučení případného poškození orgánů,
 - a) s možností střevního poranění /chirurgické ošetření střeva až s umělým vývodem/,
 - b) s poranění močového měchýře /chirurgické ošetření s delší dobou hospitalizace a zavedením močového katétru/,
 - c) s větší krevní ztrátou až s podáním krevní transfuze – při nezastavitelném krvácení až s odstraněním dělohy,
3. infekční komplikace dělohy a orgánů malé pánve s podáním antibiotické terapie,
4. při neodstranění veškeré tkáně – nutnost opakování výkonu v druhé době,
5. riziko vzniku Ashermannova syndromu – poškození děložní výstelky anebo „zjizvení“ sliznice děložní, co má za následek změnu charakteru nebo absenci menstruačního krvácení a může způsobit neplodnost.

Kromě uvedených komplikací může během výkonu dojít k dalším vzácným komplikacím. Komplikace mohou vést k nutnosti operačního výkonu, hospitalizace a další léčby, ve velmi vzácných případech až k trvalému postižení nebo úmrtí pacienta. Pacient si dále uvědomuje, že provedením zdravotního výkonu nemusí být dosaženo očekávaného výsledku.

Předpokládaná doba hospitalizace: jednodenní hospitalizace, dle aktuálního klinického stavu pacientky

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po výkonu, lze-li takové předpokládat: několikadenní klidový režim, zvýšená hygiena hráze, pracovní neschopnost – dle zvážení obvodního gynekologa.

Odpovědi na doplňující otázky pacienta / zákonného zástupce: nejsou další dotazy

Já níže podepsaný pacient tímto prohlašuji,

že mě lékař dne náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopila a vzala na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podala pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčela jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byla jsem též informována o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byla jsem informována o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

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.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum:

Prohlašuji, že jsem pacienta/zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis: Datum, čas: