

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)  
s hysterosalpingografií**

|                                                             |                                   |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Pacientka –<br>jméno a příjmení:                            | Rodné číslo (číslo<br>pojištění): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                    | Kód zdravotní<br>pojišťovny:      |
| Adresa trvalého pobytu pacientky:<br>(případně jiná adresa) |                                   |
| Jméno zákonného zástupce<br>(opatrovníka):                  | Rodné číslo:                      |

**Název výkonu****Hysterosalpingografie – HSG**  
(rentgenové vyšetření dutiny děložní a vejcovodů)**Účel výkonu**

Zobrazit dutinu děložní, vejcovody a zjistit průchodnost vejcovodů.

**Povaha výkonu**

Důvodem specializovaného rentgenového vyšetření dutiny děložní a vejcovodů – hysterosalpingografie (HSG) je zobrazení dutiny děložní a průchodnosti vejcovodů, které má ozřejmit případnou příčinu neplodnosti.

**Před výkonem je nezbytné!**

- 4 hodiny nejíst, nepít, nekouřit
- ranní léky zapít pouze douškem vody, pokud lékař neurčí jinak
- informovat lékaře o datu posledních měsíček
- k výkonu přineste sebou výsledky vyšetření počtu bílých krvinek (leukocytů), sedimentace (FW) a mikrobiálního obrazu poševního (MOP); tato vyšetření slouží k orientaci o Vašem zdravotním stavu, aby nedošlo ke vzniku komplikací
- k výkonu se dostavte bez přívěsků, náušnic, náhrdelníků, popř. sejměte snímatelnou zubní protézu.

**Vlastní výkon:**

Rentgenové vyšetření se provádí před ovulací v první polovině menstruačního cyklu. Vlastní vyšetření je prováděno na rentgenovém pracovišti vleže na motoricky ovládaném pohyblivém stole. Po dezinfekci zevních rodidel zavádíme zvykle poševní zrcátka a po zachycení čípku do amerických kleští zavedeme do hrdla děložního speciální kanylu (dutou sondu). Poté, co rentgenolog posune celý stůl i s Vámi pod rentgenovou lampu, gynekolog vstříkne do dutiny děložní jodovou kontrastní látku. Po tomto úkonu zhotovujeme obvykle 2 snímky. Gynekolog následně odstraní všechny nástroje a rentgenolog skloní stůl tak, že budete ve stoje a bude proveden třetí snímek. Provedení celého vyšetření trvá přibližně 10 minut. Co se týče bolestivosti, ta odpovídá běžnému gynekologickému vyšetření, při podání kontrastní látky může žena pociťovat napětí v podbřišku jako při menstruaci.

**Po výkonu je nezbytné:**

- po aplikaci kontrastní látky setrvat půl hodiny v čekárně RTG pracoviště
- zajistit si doprovod za půl hodiny po výkonu, kdy je možno odejít

**V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!!!****Předpokládaný prospěch výkonu**

U sterilních párů, u nichž dosavadní vyšetření nezjistí příčinu neplodnosti, je vhodné jako další krok provést rentgenové vyšetření dutiny děložní a průchodnost vejcovodů. K provedení výkonu přistupujeme až poté, když očekávaná informace získaná z vyšetření převyšuje riziko výkonu.

**Alternativa výkonu**

Laparoskopie.

## Následky výkonu

Výkon nemá trvalé následky.

## Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. S rozvojem nových technologií, vedoucích ke zdokonalení kontrastních látek, došlo k dalšímu výraznému snížení počtu komplikací.

Nejčastější možné komplikace jsou:

- alergická reakce na kontrastní látku (nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky)
- zánět v malé pánvi – vzhledem k tomu, že při provedení HSG jsou dodržována veškerá možná preventivní opatření, je pravděpodobnost jeho vzniku velmi nízká; přesto se zánět v malé pánvi může rozvinout, pokud dojde k rozšíření již existujícího ložiska.

Abychom snížili riziko komplikací, a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

### pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:

|                                                                                                                                |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění? | ANO | NE |
| 2. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)?<br>Jestliže ano, kterým?   | ANO | NE |
| 3. Jste těhotná?                                                                                                               | ANO | NE |

## Souhlas:

|                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.                                                                                                 | ANO | NE |
| Byla jsem informována o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.                                                                                                 | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměla, měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.                                                    | ANO | NE |

### Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

|                                                                                                                                                                                                                               |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením. | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.                                              | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.                                                                              | ANO | NE |

| Datum: | Hodina | Podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|--------|--------|--------------------------------------------------------|
|        |        |                                                        |

| Datum | Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|-------|------------------------------------------------|--------------------------------------|
|       |                                                |                                      |

**Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:**

**Jak pacientka projevila svou vůli:**

| <b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b> | <b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b> | <b>Datum</b> | <b>Hodina</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|---------------|
|                                                          |                                                |              |               |