

**Informovaný souhlas s ultrazvukovým vyšetřením průchodnosti vejcovodů
echogenně kontrastní látkou**

Klientka - jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu klientky: (případně jiná adresa)	

Název výkonu

Vyšetření tubární patence
(ultrazvukové vyšetření dutiny děložní a vejcovodů)

Účel výkonu

Zobrazit dutinu děložní, vejcovody a zjistit průchodnost vejcovodů

Povaha výkonu

Důvodem specializovaného sonografického vyšetření dutiny děložní a vejcovodů je zobrazení dutiny děložní a průchodnosti vejcovodů, které má ozřejmit případnou příčinu neplodnosti.

Před výkonem je nezbytné!

- informovat lékaře o datu posledních měsíčků
- 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
- **kontrastní látka není hrazená z veřejného zdravotního pojištění**
- **klientka si zajišťuje kontrastní látku z vlastních prostředků a přináší k vyšetření**

Vlastní výkon:

Vyšetření se provádí před ovulací v první polovině menstruačního cyklu. Vlastní vyšetření je prováděno v ordinaci centra asistované reprodukce vleže na gynekologickém vyšetřovacím stole. Po dezinfekci zevních rodidel zavádíme zvykle poševní zrcátka a do hrdla děložního speciální kanylu (dutou sondu). Následně gynekolog vstříkne do dutiny děložní kontrastní látku. Současně s aplikací kontrastní látky sleduje lékař plnění dutiny děložní a průnik kontrastní látky oběma vejcovody do volné dutiny břišní. Vyšetření je ukončeno vyjmutím ultrazvukové sondy a kanyly z pochvy.

Co se týče bolestivosti, ta odpovídá běžnému gynekologickému vyšetření, při podání kontrastní látky může žena pociťovat napětí v podbříšku jako při menstruaci.

Po výkonu je nezbytné:

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

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu**Proč doporučujeme tento výkon?**

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

Alternativa výkonu

1. Hysterosalpingografie je rentgenové vyšetření zobrazující dutinu děložní a vejcovody pomocí jodové kontrastní látky.
2. Laparoskopie je operační vyšetření dutiny břišní se zaměřením na vnitřní pohlavní orgány ženy.

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 vyšetření 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. Vaši 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)? 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
Byla jsem informována o tom, že kontrastní látka pro vyšetření není hrazena z veřejného zdravotního pojištění	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 klientky

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