

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odstraněním dělohy
a vejcovodů břišní cestou**

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

Název výkonu**Odstranění dělohy a vejcovodů břišní cestou****Účel výkonu**

Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vašich obtíží.

Povaha výkonu**Přidružené výkony:** odstranění dělohy může být spojeno s odstraněním dalších orgánů, které vybere Váš ošetřující lékař po celkovém zhodnocení Vašeho stavu a Vašich preferencí.☐ **Odstranění vaječníku**☐ Levý☐ Pravý**Operační postup:**

V celkové narkóze se pomocí řezu na břicho získá přístup do dutiny břišní. Poté dojde k odstranění dělohy a vejcovodů, případně vaječníků.

Z důvodů vytvoření optimálních operačních podmínek v oblasti malé pánve, prevence poruch vyprazdňování močového měchýře je na dobu přibližně 24 hodin eventuálně dle potřeby zajištěn odvod moči prostřednictvím močové cévky zavedené do močového měchýře.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění nebo zmírnění Vašich gynekologických obtíží.

Alternativa výkonu

Odstranění dělohy a vejcovodů, případně vaječníků, laparoskopicky, pokud Váš ošetřující lékař zhodnotí, že tento operační postup u Vás lze použít.

Následky výkonu

V případě, že dojde k odstranění dělohy a vejcovodů přestanete mít menstruaci a již nebudete moci počít dítě.

Odstranění dělohy může být spojeno s narušením statiky pánevního dna s odstupem od operace, to znamená, že je mírně zvýšeno riziko sestupu poševních stěn, případně jejího výhřezu před Vaše tělo. Tyto sestupy, pokud se objeví, mohou vyžadovat další operaci.

Vzhledem ke změnám anatomických poměrů ve Vaší pochvě, může dojít k mírně změněnému vnímání při pohlavním styku, nikoliv ve smyslu snížení vnímání. Velmi vzácně se může objevit bolestivý pohlavní styk. Tato komplikace by vyžadovala případně další vyšetření a operaci.

Při odstranění vaječníků v plodném věku, při zachovaném menstruačním cyklu dojde k rozvoji tzv. přechodu, jenž se objevuje normálně při postupném vymizení funkce vaječníků, většinou ve středním věku ženy. Tento předčasný výpadek hormonální funkce vaječníků lze léčit hormonální terapií (pokud podání hormonální substituční léčby není zakázáno s ohledem na přidružená onemocnění).

Dlouhodobým následkem každé břišní operace může být vznik dlouhodobých břišních bolestí, které jsou nejčastěji spojeny se vznikem pooperačních srůstů. Tyto srůsty mohou ovlivnit i funkci okolních orgánů – např. střev, spojených s poruchou vyprazdňování. Tento následek může být řešen operacně.

Další následky mohou vyplývat z rizik tohoto operačního výkonu, které jsou popsány níže.

Možná rizika zvoleného výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Výskyt uvedených komplikací je díky

pokroku v medicíně řídí. Během operace může i přes pečlivou operační techniku dojít ke krvácení či neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močových, močového měchýře, střeva, cév, nervů, s možným dočasným nebo trvalým porušením jejich funkce. Tyto komplikace mohou vést k rozšíření operačního výkonu, případně k následnému operačnímu výkonu, za účelem léčby těchto komplikací.

V časném pooperačním období se mohou zřídka objevit tyto komplikace: krvácení, infekce operačních ran s rizikem jejich rozpadu, zánět v dutině břišní či pochvě, zánět podkoží či žil, zadržování nebo snížená tvorba moči, infekce močových cest, omezená pohyblivost střev s poruchou odchodu větrů a stolice, tvorba kýly v operačních ranách (do operační rány se dostane část obsahu dutiny břišní), trombóza (vytvoření krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (krevní sraženina se uvolní z cévní stěny a uzavře cévu v jiném místě v lidském těle, nejčastěji v plicích – riziko závažného ohrožení zdraví a života). Taktéž se může objevit změněné vnímání v oblasti operačních ran – např. mravenčení, snížený cit.

Další možnou, ale velmi výjimečnou komplikací, je vznik píštělí (komunikací) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, mezi střevem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon k úpravě stavu.

Výskyt popsaných komplikací je velmi vzácný, je prováděna celá řada preventivních opatření za účelem minimalizace těchto rizik. Pokud se však i přesto nějaká komplikace objeví, jsme specializováni na jejich léčbu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

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)

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:			
Jméno a příjmení zdravotního pracovníka/svědka	Podpis zdravotního pracovníka/svědka	Datum	Hodina