

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s ablací kondylomat vulvy**

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

Název výkonu**Ablace kondylomat vulvy**
(odstranění výrůstků z povrchu zevních rodidel)**Účel výkonu**

Vážená pacientko,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohla svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek vám provedeme ablaci kondylomat vulvy (účelem je odstranění výrůstků na vulvě, které jsou současně zdrojem virové infekce).

Povaha výkonuPřed výkonem je nezbytné:

Dostavit se nalačno, od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit.

V několika následujících dnech neplánujte žádné náročné tělesné nebo společenské aktivity a delší cesty.

Vlastní výkon:

Po podrobném gynekologickém vyšetření a dezinfekci odstraníme výrůstky zevních rodidel (používáme ostrou lžičku, jemné nůžky nebo skalpel). Získané vzorky odešleme k mikroskopickému vyšetření. Vzniklé ranky bývá nutno sešít buď vstřebatelnými nebo silonovými stehy. Pokud byl při šití použit silon, musíte se dostavit za týden po výkonu k extrakci (vytažení) stehů.

Základní provádíme buď v místním nebo celkovém znecitlivění, většinou ambulantně.

Při všech úkonech dodržujeme sterilní podmínky.

Po výkonu je nezbytné:

Po dobu nejméně jednoho týdne omezení tělesné námahy, vyvarovat se pohlavního styku, nezavádět poševní tampóny, nekoupat se ve vaně nebo v bazénu – jen sprchovat. Nedoporučujeme ani pobyt v sauně a v soláriu.

Aby došlo ke zdárnému zhojení zevních rodidel, bývá nutná zvýšená hygiena, případně místní ošetřování ranek - držte se prosím pokynů lékaře.

V případě jakýchkoliv potíží navštivte ihned nejbližší gynekologické zařízení.

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

Odstranění výrůstků zevních rodidel.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu**Možné komplikace:**

I přes pečlivé provedení může dojít k prořezání stehů, slabému krvácení nebo k zarudnutí operované oblasti. Tyto komplikace jsou poměrně vzácné, ale nelze je zcela vyloučit.

Následky výkonu

Nejsou.

Souhlas:***pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:***

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve FN 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 příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacientka souhlas svým podpisem:

Datum	Podpis pacientky

Datum	Podpis pacientky