

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s chirurgickou léčbou abscesu Bartholinské žlázy**

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**Chirurgická léčba abscesu Bartholinské žlázy****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 chirurgickou léčbu bolestivého abscesu Bartholinské žlázy.

K výkonu, ke kterému jste se dostavila na naše specializované pracoviště, je potřeba Vašeho souhlasu.

Povaha výkonu**Před výkonem je nezbytné:**

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

Vlastní výkon:

Po dezinfekci pochvy a zevních rodidel provedeme v celkové anestezii skalpelem 1 cm řez v místě největšího vyklenutí abscesu na vnitřním okraji velkého stydkého pysku. Po vyprázdnění hnisu zavedeme dovnitř abscesové dutiny 1 kapsli lapisu a otvor uzavřeme stehem. (Délka zákroku cca 10 min.). Rozpouštějící se lapis způsobí chemickou reakcí hojivý proces uvnitř abscesu. To trvá 24-48 hodin. Po tuto dobu je pacientka v domácím ošetření nebo může být hospitalizovaná.

Po uplynutí této doby se opět v krátkodobé celkové narkóze uvolní steh a vyloupne se celý ztuhlý obsah abscesu i s pouzdem. (Délka zákroku rovněž cca 10 min.).

Při výkonu dodržíme vždy sterilní podmínky.

Výkon provádíme v krátkodobé celkové narkóze.

Po výkonu je nezbytné:

Při ambulantním výkonu zůstává pacientka 2 hodiny na lůžku a potom může v doprovodu druhé osoby odjet domů.

Doma dle doporučení lékaře omezí tělesnou námahu a dodržuje hygienická nařízení. Hojení trvá obvykle 10 dnů. V případě krvácení, bolesti nebo zvýšené teploty ihned vyhledejte ošetřujícího gynekologa.

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

Odstranění bolestivého abscesu ze stydkého pysku.

Alternativa výkonu

Prosté vyprázdnění hnisu s rizikem opakování obtíží.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

I přes pečlivé provedení zákroku může být výkon komplikován infekcí nebo krvácením. Tyto komplikace jsou poměrně vzácné, ale nelze je úplně vyloučit.

Následky výkonu

Odstranění abscesu.

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 pacientka projevila 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