

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s biopsií děložní sliznice**

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**Biopsie děložní sliznice****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 biopsii děložní sliznice.

Důvodem odběru a následného vyšetření sliznice dutiny děložní je získání vzorku této sliznice, což může napomoci k určení příčiny neplodnosti.

Proč doporučujeme tento výkon?

U neplodných párů, u nichž dosavadní vyšetření nezjistí příčinu neplodnosti, je vhodné jako další krok provést odběr vzorku sliznice dutiny děložní a histologicky vyhodnotit dynamické změny, které ve sliznici probíhají během menstruačního cyklu. K provedení výkonu přistupujeme až poté, když očekávaná informace získaná z vyšetření převyšuje riziko výkonu.

Povaha výkonu**Před výkonem je nezbytné!**

- 4 hodiny nejíst, nepít, nekouřit
- ranní léky zapít pouze douškem vody, pokud lékař neurčí jinak
- informovat lékaře o datu posledních měsíčku
- k výkonu přineste s 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:

Odběr děložní sliznice se většinou provádí po ovulaci v druhé polovině menstruačního cyklu. Vlastní vyšetření je prováděno v gynekologické poloze většinou v celkové analgesii (po intravenózním podání analgetik). Po dezinfekci zevních rodidel zavádíme zvykle poševní zrcátka a po zachycení čípku do amerických kleští zavedeme do dělohy speciální kyretu (tenkou dutou sondou). Poté je odebrán vzorek sliznice většinou z přední děložní stěny. Provedení celého vyšetření trvá přibližně 5 minut. Co se týče bolestivosti, ta odpovídá běžnému gynekologickému vyšetření, při odběru vzorku sliznice může žena pociťovat napětí v podbřišku jako při menstruaci.

Po výkonu je vhodné zajistit si doprovod za půl hodiny po výkonu, kdy je možno odejít.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření vzorku děložní sliznice umožní zhodnotit její zralost jako odpověď na správnou hormonální funkci vaječníků a vyloučit zánětlivou složku.

Alternativa výkonu

Náročnější odběr proužku sliznice kyretou v narkóze.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Výskyt komplikací je při dodržení všech podmínek velmi nízký. Nejčastější možné komplikace jsou:

- zánět v malé pánvi – vzhledem k tomu, že při výkonu 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

Následky výkonu

Mimo 2-3 denní špinění, nemá ve většině případů výkon žádné následky.

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 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 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