

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s biopsií z pochvy**

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 z pochvy
(odběr vzorků poševní sliznice k podrobnému vyšetření)

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 z pochvy (účelem je odběr vzorků poševní sliznice k podrobnému vyšetření a stanovení dalšího postupu).

Povaha výkonu

Před 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 odebereme vzorky tkáně poševní sliznice (používáme kleštičky, jemné nůžky nebo skalpel), získaný materiál odešleme k mikroskopickému vyšetření. Větší ranky vzniklé po odběru bývá nutné sešít. Slabé krvácení z drobných povrchových ranek řešíme tím, že do pochvy zavedeme malou tamponádu (pruh gázy), kterou sama nebo s pomocí odstraníte za několik hodin.

Při všech úkonech dodržujeme sterilní podmínky.

Výkon provádíme v krátkodobé celkové narkóze, a to buď ambulantně, nebo při krátkodobé hospitalizaci.

Po výkonu je nezbytné:

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

V případě pokračujícího krvácení nebo zvýšené tělesné teploty navštivte ihned nejbližší gynekologické zařízení.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Odběr vzorků poševní sliznice k podrobnému vyšetření a stanovení dalšího postupu.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

I přes pečlivé provedení může být výkon komplikován krvácením nebo následnou infekcí (pokud nebyl dostatečně přeléčen výtok nebo nebyla dodržena níže uvedená lékařská doporučení). 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 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