

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s excizí z 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

Excize z vulvy
(odběr vzorků tkáně 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 excizi z vulvy (odběr vzorků z vulvy k podrobnému vyšetření).

Povaha výkonu**Před výkonem je nezbytné:**

Dostavit se na lačno - od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

Vlastní výkon :

Excize = vytětí několika milimetrového kousku kůže na vnitřní straně zevních rodidel za účelem diagnostickým na základě doporučení lékaře hodnotícího cytologický nález na zevních rodidlech.

Před vlastním výkonem se provádí palpační gynekologické vyšetření a dezinfekce.

Výkon se provádí ambulantně nebo při krátkodobé hospitalizaci.

U malých nálezů provádíme výkon v místním znecitlivění. Nejčastěji používáme Mesocain 1% injekce, který aplikujeme do měkké tkáně vybraného místa odběru. U větších nálezů nebo při potřebě získání vzorku ze silně citlivých míst a dále u starších patientek upřednostňujeme odběr při krátkodobé hospitalizaci.

Vytětí vzorku kůže se provádí skalpelem, rána se sešije vstřebatelným stehem a sterilně překryje.

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 bolestí, zvýšené teploty nebo zánětu ihned vyhledejte ošetřujícího gynekologa.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Odběr vzorků z vulvy k podrobnému vyšetření a stanovení dalšího léčebného postupu.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

I přes pečlivé provedení zákroku může být výkon komplikován krvácením nebo následnou infekcí (pokud nebyl dostatečně přeléčen zánět vulvy) nebo sekundárním hojením rány. Tyto komplikace jsou poměrně vzácné, ale nelze je úplně 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