

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s extrakcí IUD**

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

Extrakce IUD
(odstranění antikoncepčního tělíska z dělohy)

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 extrakci IUD (odstranění antikoncepčního tělíska z dělohy). Tento výkon se provádí pro odstranění Vašich obtíží (krvácení, bolesti, hrozící vrůstání tělíska do dělohy).

Povaha výkonu

Před výkonem je nezbytné:

Dostavit se nalačno - od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

Vlastní výkon:

Po podrobném gynekologickém vyšetření a po ultrazvukové kontrole na umístění antikoncepčního tělíska v děloze provedeme dezinfekci pochvy a čípku děložního.

Po sondáži dutiny děložní pátráme po strukturách tělíska. Po důkladném zorientování se v dutině děložní zavedeme háček k vytažení tělíska. Je-li kanál hrdla děložního tak zúžen, že jím neprojde ani sonda, musíme provést dilataci (postupné rozšiřování hrdla děložního kovovými tyčinkami).

Někdy též připojíme kyretáž čili snesení sliznice hrdla a těla děložního a odeslání tohoto materiálu na mikroskopické vyšetření.

Při všech úkonech dodržujeme sterilní podmínky.

Výkon provádíme bez narkózy nebo 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.

V případě krvácení, bolesti v podbřišku nebo zvýšené teploty ihned vyhledejte ošetřujícího gynekologa.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění obtíží spojených s přítomností antikoncepčního tělíska v děloze (krvácení, bolesti, hrozící vrůstání do dělohy).

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

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

Následky výkonu

Po odstranění antikoncepčního tělíska z dělohy se vrací možnosti otěhotnění. Je proto nutné zvážit jinou formu antikoncepce.

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