

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s hysteroskopií a abrazií**

Pacientka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Hysteroskopie a abraise****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 hysteroskopii s abrazií. Pro zjištění možných příčin a odpovídající léčbu Vašich potíží je potřebné vyšetření dutiny děložní. K tomu používáme hysteroskopii s abrazií k následnému mikroskopickému vyšetření. Tyto výkony provádíme v celkové narkóze. Délka výkonu většinou nepřesahuje 20 minut. Následující informace by měly prohloubit Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Povaha výkonu**Operační postup:**

Podstatou **hysteroskopie** je prohlédnutí dutiny děložní speciální optikou, případně odběr kousků tkáně nebo ošetření některých změn v dutině děložní.

Při **abrazi** odebíráme vzorky, či odstraňujeme funkční vrstvu sliznice hrdla a dutiny dělohy kyretou.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové narkóze, po důkladné dezinfekci rodidel. Přístup k děložní dutině je přes pochvu a děložní hrdlo, které rozšiřujeme dilatací pro zavedení nástrojů – hysteroskopu nebo kyrety.

Vážená paní,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu zajímá. **Ujišťujeme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.**

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejich změn. Vytvoření nové děložní sliznice trvá obvykle asi 14 dní a bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Pobyt v nemocnici bývá obvykle dva dny. S pohlavním stykem doporučujeme vyčkat do doby, než ustane krvavý výtok a vytvoří se nová sliznice.

Alternativa výkonu

Prostá kyretáž s větším rizikem opakování obtíží.

Možná rizika zvoleného výkonu**Komplikace:**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. "trombóza" (vytvoření krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření cév krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, budou Vám vysvětleny anesteziologem.

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