

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s operačním odstraněním vejcovodů současně s odstraněním dělohy**

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**Operační odstranění vejcovodů při odstranění dělohy
(salpingektomie)****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 spolu s operačním odstraněním dělohy také preventivní odstranění vejcovodů. Na základě provedených vyšetření Vám bylo doporučeno odstranění dělohy s ponecháním vaječníků. Vzhledem k nejnovějším poznatkům je na našem pracovišti standardně prováděno jako součást tohoto operačního výkonu i oboustranné odstranění vejcovodů.

Vejcovod je orgán bez hormonální aktivity, který spojuje dělohu s vaječníky a slouží k transportu spermií a následně oplozeného vajíčka zpět do dělohy. Vzhledem k tomu, že již žádné další děti neplánujete a po odstranění dělohy ani mít nemůžete, pozbývají tak vejcovody svou funkci.

Na základě nejnovějších dostupných dat jsou právě vejcovody „odpovědné“ za vznik až poloviny zhoubných nádorů vaječníku. A to je tedy důvod proč na našem pracovišti standardně zařazujeme tento operační výkon k již indikovanému operačnímu odstranění dělohy.

Celková délka operačního výkonu se nijak zásadně neprodlouží a odstranění vejcovodů nijak neovlivní negativně Váš zdravotní stav a pooperační péči.

Povaha výkonu

Vážená paní,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na vše, 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**

Preventivní opatření významně snižující riziko vzniku zhoubného nádoru vaječníku do budoucna

Alternativa výkonu

Alternativou výkonu je pouze ponechání vejcovodů v dutině břišní.

V takovém případě Vás požádáme o podepsání negativního reverzu spolu s Vaším ošetřujícím lékařem.

Možná rizika zvoleného výkonu

Vzhledem k tomu, že odstranění vejcovodů je pouze součástí mnohem většího operačního výkonu, (odstranění dělohy), jsou rizika popsána v informovaném souhlasu o hysterektomii

Následky výkonu

Možné následky výkonu:

Vzhledem k tomu, že salpingektomie je součástí operačního odstranění dělohy, jsou následky odstranění vejcovodů shodné s následky, které jsou popsány v informovaném souhlasu o hysterektomii

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