

**Poučení a informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s úpravou pochvy pomocí poševních plastik**

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**Úprava pochvy pomocí poševních plastik****Účel výkonu**

Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vašich obtíží. Operační výkon lze provádět na všech orgánech vnitřních rodidel i na ostatních okolních orgánech.

Povaha výkonu**Operační postup:**

Typy operačních technik:

- plastika přední stěny poševní (pod močovým měchýřem)
- plastika zadní stěny poševní (nad konečníkem)

V celkové anestezii (uspání pacienta) bude provedena plastická úprava a zúžení pochvy a/nebo hráze s ohledem na možnou další sexuální aktivitu. Výkon může být proveden buď samostatně, nebo jako doplnění předešlého odstranění dělohy vaginální cestou.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění poklesu poševních stěn.

Alternativa výkonu

Zavedení pesaru.

Úplné uzavření pochvy.

Možná rizika zvoleného výkonu**Možné komplikace:**

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako "trombóza" (vytvoření krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), "embolie" (uzavření cév krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, porucha průchodnosti střev "ileus", infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře.

Je naším přáním, aby Vaše operace proběhla bez komplikací. Ale i přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů např. močového měchýře, močovodu a střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Někdy může vést operace ke zhoršenému vyprazdňování moči, tato komplikace se však většinou sama upraví.

Následky výkonu

Možné následky výkonu:

Po operaci může dojít (zejména po plastice přední stěny poševní) k dočasné poruše vyprazdňování moči, budete mít na přibližně 4 dny zavedenou močovou cévku do močového měchýře, která průběžně odvádí vytvářenou moč.

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

U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Špatné hojení operační rány, dále chronické poruchy vyprazdňování. V některých případech je nutné tyto následky řešit opakovanou operací.

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 zdravotního pracovníka/svědka	Podpis zdravotního pracovníka/svědka	Datum	Hodina