

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

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**Operační odstranění vejcovodů
(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 preventivní 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, 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 provedení sterilizace.

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

Rizika jsou popsána v informovaném souhlasu o sterilizaci

Následky výkonu**Možné následky výkonu:**

Možné následky jsou popsány v informovaném souhlasu o sterilizaci

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