

Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky) s laparoskopickým vyšetřením v rámci léčby neplodnosti s ověřením průchodnosti 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

**Laparoskopické vyšetření v rámci léčby neplodnosti
s ověřením průchodnosti vejcovodů**

Účel výkonu

Cílem operace je nalézt příčinu vaší neplodnosti.

Povaha výkonu

Operační postup:

V celkové narkóze se pomocí malého řezu v pupku zavádí **laparoskop**, tj. zařízení, které umožní prohlédnout pánev a dutinu břišní. Je tvořen tenkou trubicí s optickým systémem. Poté jsou z malých vpichů (cca 0,5 – 1,5 cm) v podbřišku zavedeny operační nástroje, pomocí kterých se operační výkon v dutině břišní provádí. Při tomto výkonu je dutina břišní naplněna oxidem uhličitým a následně je proveden operační výkon ve zvoleném rozsahu.

Poté se pomocí speciální barevné tekutiny zavedenou skrz pochvu do dělohy a dále do vejcovodů testuje průchodnost těchto vejcovodů.

Přidružené výkony: v případě nálezu neprůchodnosti jednoho či obou vejcovodů se doporučuje jejich odstranění. Je prokázáno, že neprůchodné vejcovody vyplněné tekutinou, tzv. saktosalpingy, hydrosalpingy, snižují úspěšnost přirozeného oplodnění i oplodnění pomocí metod asistované reprodukce.

☐ **Odstranění patologicky změněných vejcovodů** ☐ ANO ☐ NE

Neplodnost mohou způsobovat i srůsty v břiše, bude-li předpoklad, že tomu tak je, budou odstraněny.

Taktéž onemocnění zvané endometrióza může způsobovat Vaši neplodnost. Dojde-li k nálezu malých ložisek endometriózy v dutině břišní, budou odstraněny. Nález rozsáhlé endometriózy se léčí jiným způsobem, o kterém byste byla informována po operaci, a společně s Vaším ošetřujícím lékařem byste zvolili optimální léčbu pro Vás.

Z důvodů vytvoření optimálních operačních podmínek v oblasti malé pánve, prevence poruch vyprazdňování močového měchýře je na dobu přibližně 24 hodin eventuálně dle potřeby zajištěn odvod moči prostřednictvím močové cévky zavedené do močového měchýře.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění příčin Vaší neplodnosti.

Alternativa výkonu

Neprůchodnost vejcovodů se dá zjistit i jinými metodami – pomocí rentgenové kontrastní látky a rentgenového vyšetření (hysterografie) nebo pomocí ultrazvukového vyšetření se speciálním gelem.

Prohlédnutí dutiny břišní lze provést i z klasického řezu na břiše, nicméně rizika vyplývající z tohoto přístupu, převyšují klady – např. operace z klasického řezu na břiše je spojena s větším rizikem vzniku srůstů v břiše, které mohou být samotnou příčinou neplodnosti. Proto se tento postup v rámci Vaší diagnózy nedoporučuje.

Následky výkonu

Dlouhodobým následkem každé břišní operace může být vznik dlouhodobých břišních bolestí, které jsou nejčastěji spojeny se vznikem pooperačních srůstů. Tyto srůsty mohou ovlivnit i funkci okolních orgánů – např. střev, spojených s poruchou vyprazdňování. Tento následek může být řešen operčně.

Další následky mohou vyplývat z rizik tohoto operačního výkonu, které jsou popsány níže.

Možná rizika zvoleného výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Výskyt uvedených komplikací je díky pokroku v medicíně řídký. Během operace může i přes pečlivou operační techniku dojít ke krvácení či neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močových cest, močového měchýře, střeva, cév, nervů, s možným dočasným nebo trvalým porušením jejich funkce. Tyto komplikace mohou vést k rozšíření operačního výkonu, případně k následnému operačnímu výkonu, za účelem léčby těchto komplikací.

V časném pooperačním období se mohou zřídka objevit tyto komplikace: krvácení, infekce operačních ran s rizikem jejich rozpadu, zánět v dutině břišní či pochvě, zánět podkoží či žil, zadržování nebo snížená tvorba moči, infekce močových cest, omezená pohyblivost střev s poruchou odchodu větrů a stolice, tvorba kýly v operačních ranách (do operační rány se dostane část obsahu dutiny břišní), trombóza (vytvoření krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (krevní sraženina se uvolní z cévní stěny a uzavře cévu v jiném místě v lidském těle, nejčastěji v plicích – riziko závažného ohrožení zdraví a života). Taktéž se může objevit změněné vnímání v oblasti operačních ran – např. mravenčení, snížený cit.

Další možnou, ale velmi výjimečnou komplikací, je vznik píštělí (komunikací) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, mezi střevem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon k úpravě stavu.

Výskyt popsanych komplikací je velmi vzácný, je prováděna celá řada preventivních opatření za účelem minimalizace těchto rizik. Pokud se však i přesto nějaká komplikace objeví, jsme specializováni na jejich léčbu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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