

## **Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odstraněním děložních myomů – myektomie**

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

### **Název výkonu**

**Odstranění děložních myomů (nezhoubného nádoru děložní svaloviny)**

### **Účel výkonu**

Cílem operace je odstranit příčinu Vašich obtíží.

### **Povaha výkonu**

**Způsob odstranění myomů:** existuje více způsobů odstranění myomů. Váš ošetřující lékař pro Vás vybere nejvhodnější způsob po celkovém zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a Vašich preferencí:

- ☐ Laparoskopické odstranění myomů  
☐ Odstranění myomů z klasického řezu na břiše

#### **Operační postup při laparoskopickém přístupu:**

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.

V případě endoskopických operací (laparoskopie, robotická operace), z důvodů předoperačně nepředvídaných a nepředvídatelných skutečností si může rozsah onemocnění, srůsty dutiny břišní a komplikace v průběhu výkonu vynutit změnu operačního přístupu na otevřenou chirurgii a vést k provedení a dokončení operace z klasického břišního řezu.

#### **Operační postup při operaci z klasického řezu na břiše:**

Z klasického řezu na břiše se získá přístup do břišní dutiny a odstraní se myomy z dělohy. Následně se stěna děložní sešije v několika vrstvách dle velikosti myomu.

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

### **Předpokládaný prospěch výkonu**

Odstranění Vašich gynekologických obtíží.

### **Alternativa výkonu**

Odstranění celé dělohy, uzávěr cév vyživujících děložní dělohu.

### **Následky výkonu**

Následkem této operace je zvýšené riziko rozestupu stěny děložní v místě jizvy v průběhu těhotenství nebo v průběhu porodu.. Těhotenství po tomto typu operačního výkonu budou muset být intenzivně sledována a s vyšší pravděpodobností mohou být ukončena císařským řezem.

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 operálně.

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.

Výskyt popsaných 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 projevil svou vůli:**

| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------|
|                                                   |                                         |       |        |