

Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacienta) s podvazem čípku děložního – cerclage

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**Podvaz čípku děložního - cerclage****Účel výkonu**

Cílem operace je snížit riziko předčasného porodu.

Povaha výkonu**Operační přístup:** existuje více typů tohoto výkonu. Váš ošetřující lékař pro Vás vybere nejvhodnější typ po celkovém zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a Vašich preferencí:

- ☐ **Cerclage z poševního přístupu**
☐ **Laparoskopická cerclage**
☐ **Robotická cerclage**

Cerclage z poševního přístupu:

Tento typ se provádí v těhotenství jako prevence či akutní léčba předčasného porodu.

Poševní cestou je naložen steh do oblasti čípku děložního a úkolem takto naloženého stehu je podpořit uzávěrovou funkci děložního hrdla.

Při tomto typu cerclage se steh odstraní v období kolem 36. týdne těhotenství anebo při zahájení porodu.

Laparoskopická cerclage:

Tento typ se provádí jako prevence nedostatečnosti děložního hrdla u ženy, která není těhotná.

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.**Robotická cerclage:**

Je typ laparoskopické operace, která je prováděna prostřednictvím robotického systému, který je ovládán lékařem (operátorem).

V případě endoskopických operací (laparoskopie, robotická operace), z důvodů předoperačně nepředvídaných a nepředvídatelných skutečností si mohou anatomické poměry v dutině břišní, náročnost operačního výkonu, nebo komplikace v průběhu výkonu vynutit změnu operačního přístupu na otevřenou chirurgii a vést k provedení a dokončení operace z klasického břišního řezu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Snížení rizika předčasného porodu.

Alternativa výkonu

V některých případech lze hrozící předčasný porod léčit pomocí léků.

Následky výkonu

V případě laparoskopické a robotické cerclage nutnost родit císařským řezem.

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.

V případě, že je cerclage prováděna v těhotenství, je tento výkon spojený s rizikem předčasného odtoku plodové vody a jejím důsledkem může vyvolat potrat nebo porod.

Výskyt popsaných komplikací je velmi vzácný, je prováděna celá řada preventivních opatření za účelem minimalizovat tato rizika. Pokud se však i přesto nějaká komplikace objeví, jsme specializováni na jejich léčbu.

Souhlas:

pozn. Vaší 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
Byla jsem informována o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměla vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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