

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)  
s sakrospinální vaginofixací podle Miyazakiho ev. Amreicha II – Richtera**

|                                                             |                                   |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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**

**Sakrospinální vaginofixace  
podle Miyazakiho ev. Amreicha II – Richtera**  
(rekonstrukční závěsná operace v pochvě bez průniku do dutiny břišní)

**Účel výkonu**

Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vašich obtíží – **sestup poševních stěn**. Účelem tohoto chirurgického výkonu je úprava poklesu přední i zadní poševní stěny a poševního vrcholu.

**Povaha výkonu****Operační postup:**

Operace je prováděna v celkové anestezii (uspání pacienta) v gynekologické poloze, z vaginálního (poševního) přístupu. Výkon spočívá v zavěšení poševního vrcholu k jednomu, obvykle pravému, sakrospinóznímu vazů (v hloubce malé pánve). Nejprve se nařízne přední nebo zadní stěna poševní, od pochvy se oddělí močový měchýř a močová trubice na přední straně, na zadní straně pochvy střevo. Fixační stehy jsou umístěny z poševního vrcholu na sakrospinózní vaz pomocí Miyazakiho nástroje nebo přímým naložením stehu dle Amreicha-Richtera. Poté následuje rekonstrukce pochvy.

Minimálně 6 hodin před operací nejzte, nepijte a nekuřte, dále seznámte operátora se všemi předchozími operacemi a také s případným komplikovaným hojením po předchozích operacích.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Úprava poševního sestupu.

**Alternativa výkonu**

Zavedení pesaru.

Úplné uzavření pochvy.

**Transvaginální síť** – zavedení sítě ze syntetického materiálu s následnou rekonstrukcí pochvy.

**Sakropexe** - fixace poševních stěn a vrcholu pochvy nebo čípku dělohy k vazivu, které se nachází na **přední straně v horní části kosti křížové**, pomocí syntetické sítě vyrobené z nevstřebatelného materiálu.

**Pektopexe** - fixace vrcholu pochvy nebo děložního čípku k vazivu, které se nachází na **horní straně stydké kosti**, pomocí syntetické sítě vyrobené z nevstřebatelného materiálu.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Bohužel i přes pečlivou operační techniku Vám ideální výsledek operace a nekomplikovaný průběh stoprocentně nikdo zaručit nemůže.

**Z možných komplikací mohou nastat:**

- zvýšené **krvácení** během výkonu / po operaci s nutností operační revize (další operace), příp. podání krevních transfuzí,
- **vznik krevních sraženin** hlavně v žilách dolních končetin a jejich následné vmetnutí (embolizace) do plic a ohrožení života. Toto riziko je sníženo předoperační injekční aplikací léků proti srážení krve a bandážemi dolních končetin pomocí kompresivních punčoch,

- **bolestivost** v oblasti operační rány,
- neúmyslné **poranění okolních orgánů** (močového měchýře, močovodu, střeva...), které může vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následné operaci,
- **infekce** v operačním poli,
- krevní výron (**hematom**) v operačním poli,
- infekce močového měchýře,
- vznik píštěle (komunikace) mezi pochvou a střevem nebo mezi pochvou a močovými cestami,
- poruchy v oblasti pohlavního života, obtíže při pohlavním styku až jeho znemožnění v důsledku zúžení a změny osy pochvy,
- pooperační porucha průchodnosti střev,
- opětovný sestup poševních stěn.

### **Následky výkonu**

Po nekomplikované operaci je ponechávána zavedená močová cévka zpravidla 24 hodin.

Pooperační bolest, která je tlumena analgetiky.

Při nekomplikovaném průběhu činí délka hospitalizace po výkonu 3-5 dní, v případě pooperačních komplikací se délka hospitalizace může prodloužit.

Omezení fyzické aktivity po dobu 6 týdnů od operace, aby nedošlo k utržení fixačního stehu. Stehy v pochvě není třeba je vytahovat, přechodně se může projevit špinění či výtok z pochvy.

Dodržování snížené fyzické zátěže a pohlavní zdrženlivosti po dobu až 3 měsíců, hrozí riziko poranění poševní sutury a utržení fixačního stehu s následným opětovným sestupem pochvy.

### **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 |
| 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:**

| <b>Jméno a příjmení zdravotnického<br/>pracovníka/svědka</b> | <b>Podpis zdravotnického<br/>pracovníka/svědka</b> | <b>Datum</b> | <b>Hodina</b> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|---------------|
|                                                              |                                                    |              |               |