

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s rekonstrukční operací pánevního dna s použitím sítěky MESH posterior**

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

**Rekonstrukční operace pánevního dna
s použitím sítěky MESH posterior**

Účel výkonu

Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vaší obtíží – **sestup poševních stěn**. Účelem tohoto chirurgického výkonu je úprava poklesu zadní poševní stěny.

Povaha výkonu

Operační postup:

Operace je prováděna v celkové anestezii (uspání pacienta) v gynekologické poloze, z vaginálního (poševního) přístupu. Výkon spočívá v zavedení **sítěky MESH posterior** (ze syntetického materiálu) do oblasti mezi stěnu pochvy, střeva a rekta. Nejprve se provede uvolnění stěny střeva od stěny poševní, poté je v tomto prostoru provedena fixace a vložení sítěky, poté následuje rekonstrukce pochvy.

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

Předpokládaný prospěch výkonu

Úprava poklesu zadní poševní stěny.

Alternativa výkonu

Zavedení podpůrného poševního pesaru.
Úplné uzavření pochvy.
Zadní poševní plastika.

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 a střeva), které může vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následné operaci,
- pooperační únik moči či neschopnost vyprázdnění močového měchýře,
- **infekce** v operačním poli,
- krevní výron (**hematom**) v operačním poli,
- infekce močového měchýře,
- odmítání sítěky organismem se vznikem zánětů v pochvě,

- vznik píštěle (komunikace) mezi pochvou a střevem,
- poruchy v oblasti pohlavního života, obtíže při pohlavním styku až jeho znemožnění v důsledku zúžení
- a zkrácení pochvy,
- pooperační porucha průchodnosti střev,
- opětovný sestup poševních stěn.

Následky výkonu

Po nekomplikované rekonstrukční operaci pochvy pomocí sítěky MESH posterior je ponechávána zavedená močová cévka a poševní tamponáda zpravidla 48 hodin.

Pooperační bolest, která je tlumena analgetiky.

Při nekomplikovaném průběhu je doba hospitalizace po výkonu 1-2 dny, v případě pooperačních komplikací se délka hospitalizace může prodloužit.

Stehy v pochvě jsou vstřebatelné a není potřeba 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 nesprávné vrůstání sítěky do přilehlých tkání.

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 působivosti.	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