

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

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 anterior**

Účel výkonu

Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vaší obtíží – **sestup poševních stěn**. Účelem tohoto chirurgického výkonu je úprava poklesu přední 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 anterior** (ze syntetického materiálu) do oblasti mezi stěnu močového měchýře a pochvy. Nejprve se provede uvolnění močového měchýře a močové trubice od poševní stěny, poté je do tohoto prostoru vložena síťka z nevstřebatelného syntetického materiálu. Následuje rekonstrukce pochvy.

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

Předpokládaný prospěch výkonu

Úprava poklesu přední poševní stěny.

Alternativa výkonu

Zavedení podpůrného poševního pesaru.

Úplné uzavření pochvy.

Přední poševní plastika.

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 sítěky 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 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 sítky organismem se vznikem zánětů v pochvě,
- vznik píštěle (komunikace) mezi pochvou a močovým měchýřem,
- 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 sítky MESH anterior 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 3-5 dní, 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 sítky 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 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