

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s konizací děložního hrdla**

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

Název výkonu

Konizace děložního hrdla
(plastika děložního hrdla)

Účel výkonu

Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vašich obtíží – prokázat přítomnost přednádorových a nádorových změn a tato ložiska odstranit.

Povaha výkonu

Při této operaci dojde k vytěžení části tkáně čípku děložního ve tvaru kužele, ve které jsou patologické změny přítomny. V případech, kdy je postižena vnitřní část hrdla, se odstraní i tato část. Součástí této operace je i získání sliznice ze zbývajících částí děložního hrdla, tzv. kyretáž děložního hrdla.

V případě, že je Vám více než 40 let, může být navíc provedena tzv. abraze děložního těla. To znamená, že se pomocí nástroje zavedeného do dutiny děložní získá povrchová část sliznice děložní dutiny. Jedná se o výkon diagnostický, při kterém se ověřuje, zda se v děloze nevyskytují přednádorové nebo nádorové změny.

- **Abraze děložního těla** ☐ ANO ☐ NE

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění patologických změn děložního hrdla. Charakter výkonu je diagnostický a také léčebný.

Alternativa výkonu

Neexistuje adekvátní alternativa ke konizaci děložního hrdla.

Při odmítnutí abraze děložního těla nelze zhodnotit stav její sliznice.

Následky výkonu

U konizace se může mírně zvýšit riziko předčasného porodu. U abraze dutiny děložní může dojít ke vzniku srůstů v děloze, které mohou znemožnit otěhotnění a může dojít k zástavě či změně síly menstruace. 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. Během operace může i přes pečlivou operační techniku dojít ke krvácení či neúmyslnému poškození okolních orgánů. Nejčastější možnou komplikací je krvácení z ranné plochy po provedené konizaci, které si může vynutit operační zákrok.

Infekce ranné plochy.

V časném pooperačním období se mohou zřídká objevit tyto komplikace: krvácení, infekce děložního hrdla a pochvy, infekce močových cest, 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).

Výskyt popsanych 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 projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina