

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace, Široká 16, 664 95 Ivančice, IČO: 00225827	zdravotnická dokumentace
Záznam o informovaném souhlasu Instrumentální revize dutiny děložní	(1/2)

1. Údaje o povaze onemocnění a předpokládaném vývoji onemocnění:

Instrumentální revize dutiny děložní je operační výkon, který se nejčastěji provádí v souvislosti s neprospěrujícím těhotenstvím – zamlklé těhotenství, neúplný samovolný potrat, zbytky tkání plodového vejce v děloze po porodu. Výkon je nutné provést jako prevenci závažných zdravotních komplikací, tedy silného děložního krvácení a pánevního zánětu.

2. Údaje o plánovaných postupech při léčbě, předpokládaný prospěch léčby a význam pro zdravotní stav pacienta:

Operační postup:

Podstatou operace je vybavení obsahu dutiny děložní.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové anestezii. Spočívá v rozšíření děložního hrdla a následném vybavení obsahu dutiny děložní odsátím nebo kyretou. Doba trvání je většinou do 15 minut.

3. Dnešního dne jsem byla lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden:

Instrumentální revize dutiny děložní.

4. Účelem výše uvedeného zdravotního výkonu je:

Vybavení obsahu dutiny děložní.

5. Zdravotní výkon bude probíhat:

V celkové anestezii.

6. Byla jsem také poučena, že jako alternativu lékařem doporučeného výkonu, lze provést:

Tento výkon nemá odpovídající alternativu.

7. Dále jsem byla poučena o rizicích doporučeného výkonu, která jsou:

Možné komplikace:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže plně zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Závažné komplikace provázející operační výkon jsou díky pokroku v medicíně vzácné. Patří sem „trombóza“ (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), silné krvácení během operace nebo po operaci, či závažná infekce v operačním poli.

I přes zajištěnou prevenci a pečlivou operační techniku může velmi vzácně dojít během výkonu k poranění pánevních orgánů nejčastěji dělohy, močového měchýře a střeva. Tato poranění si mohou vyžádat okamžité rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování stavu a funkcí všech vnitřních orgánů. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání celkové anestezie a ty Vám budou vysvětleny před zákrokem anesteziologem.

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace, Široká 16, 664 95 Ivančice, IČO: 00225827	zdravotnická dokumentace
Záznam o informovaném souhlasu Instrumentální revize dutiny děložní	(2/2)

8. **Byla jsem poučena a beru na vědomí, že po provedení doporučeného zdravotního výkonu budu:**

- A) omezena v obvyklém životě:** nejméně 14 dní po výkonu byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevního genitálu
- B) v pracovní neschopnosti:** individuální omezení, které vždy stanoví a doporučí lékař až po výkonu
- C) dodržovat léčebný režim a preventivní opatření:** nejméně 14 dní po výkonu byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevního genitálu. První menstruační krvácení se po výkonu dostaví většinou za 4-6 týdnů

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem stvrzuji, že jsem byla poučena výše uvedeným lékařem, který mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu a také potvrzuji, že jsem měla možnost položit mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Byla jsem také poučena o tom, že tento informovaný souhlas mohu kdykoli odvolat. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života a zdraví.

V Ivančicích dne _____ čas _____

Vlastnoruční podpis pacientky nebo zákonného zástupce:

Jméno a podpis lékaře, který poučení provedl:

U pacientky, která není se schopna vlastnoručně podepsat

Důvody pro něž se pacientka nemohla podepsat:

Způsob, jakým pacientka projevila svou vůli:

Podpis svědka – dalšího zdravotnického pracovníka: