

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace, Široká 16, 664 91 Ivančice, IČO: 00225827	zdravotnická dokumentace
Záznam o informovaném souhlasu Konizace	(1/3)

1. Údaje o povaze onemocnění a předpokládaném vývoji onemocnění:

Konizace děložního čípku je částečné snesení tkáně čípku v místě kdy byly zjištěny tzv. přednádorové změny - prekancerózy. Tento výkon provádíme také u chronických zánětlivých změn na čípku, které se mohou projevovat opakovaným krvácením z povrchu čípku, nebo přetrvávajícím výtokem.

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

Vlastní operační výkon:

Z poševního přístupu většinou elektrickým nožem vytňeme část děložního čípku. V některých případech připojíme také kyretáž z kanálu děložního hrdla a dutiny děložní. Veškerý získaný materiál ihned odesíláme na histologické vyšetření. Po zastavení drobného krvácení z povrchu čípku je výkon ukončen.

Pacientka je po tomto výkonu propuštěna domů většinou následující den po operaci. Do 14 dnů je k dispozici výsledek histologického vyšetření, dle kterého se určuje další postup v léčbě nebo jen sledování pacientky.

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

Konizace děložního čípku

4. Účelem výše uvedeného zdravotního výkonu je:

Odstranění části děložního čípku a její následné histologické vyšetření

5. Zdravotní výkon bude probíhat:

V celkové anestezii

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

U žen které již neplánují další těhotenství je možné odstranění celé dělohy tzv. hysterektomie. V některých případech je možné jen sledování gynekologem formou pravidelných cytologických stěrů z děložního čípku.

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace, Široká 16, 664 91 Ivančice, IČO: 00225827	zdravotnická dokumentace
Záznam o informovaném souhlasu Konizace	(2/3)

7. Doporučený lékařský výkon má oproti alternativě tyto

A) výhody: odstranění jen části čípku, kde jsou přednádorové změny, možnost dalšího těhotenství.

B) nevýhody: nejsou

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

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. „trombóza“ (vytvoření krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci, nebo infekce v operačním poli.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy, nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů.

Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem - anesteziologem.

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

A) omezena v obvyklém životě: 1- 2 týdny omezení fyzické zátěže, 6 týdnů pohlavní abstinence

B) v pracovní schopnosti: po nekomplikované operaci je rekonvalescence cca 1- 2 týdny

C) dodržovat léčebný režim a preventivní opatření

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace, Široká 16, 664 91 Ivančice, IČO: 00225827	zdravotnická dokumentace
Záznam o informovaném souhlasu Konizace	(3/3)

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, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl.....

U pacientky, která není schopna se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro který se pacientka nemohla podepsat:

Způsob jakým pacientka projevila svou vůli:

Jméno, příjmení a podpis svědka – dalšího zdravotnického pracovníka