	F 00 Informovaný souhlas	Strana: 1	Z celku: 2	Vydání č.1
	GYN 22/18	RCUI (odstranění zbytků těhotenství a placenty po potratu nebo porodu)		Účinnost od: 11.4.2018

Vážená paní, toto je poučení o zdravotním výkonu, který Vám má být proveden:

RCUI (odstranění zbytků těhotenství a placenty po potratu nebo porodu)

Jméno a příjmení pacientky:.....

Rodné číslo:.....

Indikace k provedení výkonu:

- krvácení při reziduích po nekompletních potratech
- odstranění zmlklého těhotenství (miss abort)
- při poporodním krvácení

Popis vlastního výkonu:

Zárok se provádí v celkové anestezii, po předchozím gynekologickém vyšetření a po pečlivé dezinfekci zevních rodidel a pochvy. Po změření délky dělohy kalibrovanou sondou se provádí dilatace hrdla děložního dilatátory (postupně od nejslabších dilatátorů). Kyretou nebo odsávací kyretou jsou z dělohy odstraněny zbytky těhotenství, placenty nebo zmlklé těhotenství.

Materiál získaný kyretáží odesíláme k dalšímu vyšetření (histologie).

Rizika zákroku:

Může dojít k poranění svaloviny čípku děložního nebo jeho natržení. Může dojít k perforaci stěny dutiny děložní s následným poraněním orgánů v malé pánvi a ke krvácení, tyto stavy mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu nebo k opakování operace.

Při operaci se mohou vyskytnout komplikace plynoucí i z neobvyklého anatomického uspořádání dutině břišní, nebo z rozsáhlejšího stavu onemocnění, které si vynutí pokračovat v operaci se zákrokem i na nižších částech tlustého střeva, konečníku a může vést k založení střevního vývodu, který může být charakteru dočasného nebo trvalého.

Další komplikace mohou vyplynout z Vašich přidružených chorob. Všeobecným rizikem při operačních výkonech je trombóza, to je vytvoření krevních sraženin v žilách a embolie, to je zanesení těchto sraženin např. do plic, mozku, kde může dojít k život ohrožujícímu uzavření cévního řečiště. S tím souvisejí dýchací a srdeční komplikace.

Může dojít k alergické reakci

Možná omezení způsobu života, nebo pracovní schopnosti:


Jedná se o krátký pobyt v nemocnici nebo na stacionáři. Pracovní neschopnost je dle povahy zaměstnání v délce 1-7 dnů.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Dodržování léčebného i ošetrovatelského režimu (spolupracovat s ošetřujícím personálem).

Časné vstávání a mobilizace po zákroku jsou nejlepší prevencí trombózy a embolie.

Po dobu 4 týdnů od provedení zákroku -zvýšená osobní hygiena - nedoporučujeme pohlavní styk, zavádění tamponů, výplachy pochvy, koupání – pouze sprcha.

	F 00 Informovaný souhlas	Strana: 2	Z celku: 2	Vydání č.1
	GYN 22/18	RCUI (odstranění zbytků těhotenství a placenty po potratu nebo porodu)		Účinnost od: 11.4.2018

Já, níže podepsaná pacientka, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměna s riziky, která jsou s tímto zákrokem spojena i s riziky, která jsou specifická s ohledem na můj zdravotní stav;
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a s možnými riziky;
- že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ, které byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
- že jsem srozuměna s tím, že procedura může vyžadovat transfuzi krve;
- že jsem srozuměna také s tím, že zákrok provede někdo jiný než můj ošetřující lékař.
- Byla jsem srozuměna s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj stav zhoršit.

Prohlášení lékaře:

Seznámil jsem pacientku s jejím zdravotním stavem, povahou zákroku a riziky spojenými s realizací tohoto zákroku, s dalšími léčebnými možnostmi a jejich riziky a s následky v případě, že se pacientka zákroku podrobí. Dal jsem příležitost pacientce (jejímu zákonnému zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jejich jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacientka pochopila výše uvedené informace tak, aby byla schopna se informovaně rozhodnout.

Já, pacientka, výše uvedenému rozumím a dávám písemný souhlas k vykonání zákroku.

Datum: _____

Jméno a podpis pacientky: _____

Jméno a podpis zákonného zástupce: _____
(vyplnit při potřebě)

Jméno a podpis lékaře: _____