	F 00 Informovaný souhlas	Strana: 1	Z celku: 2	Vydání č.2
	<b>GYN 07/19</b>	<b>LEEP, KONIZACE, AMPUTACE, PLASTIKA ČÍPKU DĚLOŽNÍHO A ODBĚR MATERIÁLU Z DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>		Účinnost od: 14.10.2019

**Jméno a příjmení pacientky:** .....

**Rodné číslo:** .....

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

- 1) LEEP
- 2) Konizace děložního čípku
- 3) Amputace děložního čípku
- 4) Plastika děložního čípku
- 5) Odběr z děložního čípku

**LEEP** - elektrokonizace vysokofrekvenční elektrickou kličkou nebo tzv. praporkem Vám vytveme nemocnou část čípku po předchozím podvázání sestupných cév z dělohy. Následně Vám provedeme kyretáž děložního hrdla a ošetříme krvácení z čípku.

**Konizace** děložního čípku má prakticky stejný postup, pouze se vytínání provádí chirurgickým nástrojem – skalpelem a výkon bude doplněn plastickým stehem ke znovuzformování děložního čípku.

**Amputace** děložního čípku má prakticky stejný postup jako u konizace, pouze vytínaná část čípku je větší.

**Plastika** děložního čípku se provádí u deformovaných čípků, princip je stejný jako u konizace.

**Odběr z děložního čípku** se provádí speciálními klíšťkami.

**Účelem tohoto zdravotního výkonu je:**

Určit potencionální předrakovinné změny v oblasti děložního čípku, obecně zvané dysplazie a zároveň určit další postup léčení.


**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

Výkon se provádí ve sterilním prostředí zákrovového sálku většinou v krátkodobé centrální anestézii. Po dezinfekci rodidel Vám bude provedena sondáž (změření) dutiny děložní a poté výkon nutného rozsahu a technologie.

Před operací je nutné alespoň 6 hodin nejíst, nepít, nekouřit. Porušení této zásady by mohlo mít za následek vážné komplikace při anestézii, jež by Vás mohly ohrozit nejen na zdraví, ale v krajním případě i na životě.

Po výkonu budete převezena zpět na oddělení, kde Vám bude pravidelně sledován krevní tlak, puls a pooperační krvácení.

Pokud bude operace i pooperační průběh bez komplikací, budete propuštěna do domácího ošetřování druhý den po výkonu. Doma je nutné dodržovat klidový režim, neprochladnout, vyvarovat se větší fyzické zátěži. Do následující menstruace se nedoporučuje pohlavní styk.

	F 00 Informovaný souhlas	Strana: 2	Z celku: 2	Vydání č.2
	<b>GYN 07/19</b>	<b>LEEP, KONIZACE, AMPUTACE, PLASTIKA ČÍPKU DĚLOŽNÍHO A ODBĚR MATERIÁLU Z DĚLOŽNÍHO ČÍPKU</b>		Účinnost od: 14.10.2019

**Možnosti náhrady výše popsaného výkonu jiným způsobem:**

Nejsou.

**Byla jsem poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika krvácení:**

Může dojít k porušení celistvosti dělohy ostrou kyretou (operační nástroj) s nutností následného operačního řešení silného krvácení, výjimečně až odstranění dělohy.

Po všech druzích ošetření děložního čípku může dojít k následnému krvácení (rannému ještě v nemocnici, či pozdnímu po propuštění). Vyskytne-li se u vás krvácení silnější než při menstruaci, vraťte se ihned do nemocnice.

Zánětlivé komplikace po ošetření čípku jsou vzácné.

Popálení moderními přístroji se vyskytují naprosto výjimečně.

**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:** \_\_\_\_\_