	F 01 Informovaný souhlas - MN	Strana: 1	Z celku: 2	Vydání č.1
	GYN 20/17	HYSTEROSKOPIE		Účinnost od: 10.4.2017

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM - HYSTEROSKOPIE

Příjmení a jméno:.....

RČ pacientky:

Indikace k operaci:

Předpokládaný výkon:

Popis vlastního výkonu:


Výkon se provádí v celkové anestézii. Abychom mohli dutinu děložní komplexně přehlédnout, je nutné její naplnění a roztažení speciálními tekutými médii, aplikovanými do dutiny děložní pod limitovaným tlakem. Poté zavádíme optiku hysteroskopu šetrně kanálem hrdla děložního a systematicky prohlížíme dutinu děložní v celém rozsahu.

Pátráme po nepravidelnostech tvaru dutiny, děložních septech, myomech, ložiskových či generalizovaných změnách sliznice, polypech, nádorových změnách

Dle nálezu poté následuje další operační výkon – např.: odstranění polypu, odstranění sliznice, odstranění myomu. Veškerá odstraněná tkáň se odesílá k dalšímu histologickému vyšetření.

Možná rizika zákroku:

- Může nastat krvácení a poranění hrdla děložního, perforace děložního těla s následným poraněním okolních orgánů (močový měchýř, střevo, velké cévy malé pánve) během operace, 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 v 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.
- V pooperačním průběhu mohou nastat komplikace stran, krvácení, infekce dělohy nebo infekce močových cest
- Může dojít k alergické reakci.

	F 01 Informovaný souhlas - MN	Strana: 2	Z celku: 2	Vydání č.1
	GYN 20/17	HYSTEROSKOPIE		Účinnost od: 10.4.2017

Možná omezení způsobu života, nebo pracovní schopnosti:

Krátkodobá pracovní neschopnost v délce 1-3dnů.

Prevence zanesení infekce ze zevního genitálu do dutiny děložní v období cca 6ti týdnů – omezení koupání, pohlavního styku, zavádění tamponů.

Písemný souhlas pacientky:

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;

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.

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

Datum, jméno a podpis pacienta (nebo jeho zákonného zástupce): _____

Datum, jméno a podpis lékaře, který pacientku poučil: _____
