	F 01 Informovaný souhlas - MN	Strana: 1	Z celku: 2	Vydání č.1
	GYN 17/17	STERILIZACE		Účinnost od: 22.2.2017

INFORMOVANÝ SOUHLAS A ŽÁDOST O PROVEDENÍ STERILIZACE

Příjmení a jméno:.....

RČ pacientky:

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

Sterilizací se rozumí každý zásah do lidského těla, který zabraňuje pohlavní plodnosti člověka bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz.

Sterilizace může být provedena:

- Ze zdravotních důvodů – to jsou takové nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení na zdraví nebo životě ženy v důsledku těhotenství nebo porodu, nebo zdravého vývoje plodu nebo zdraví nebo života budoucího dítěte. Ze zdravotních důvodů se provede sterilizace osobě starší 18 let s písemným souhlasem. Mezi podáním informace při žádosti a udělením souhlasu musí být nejméně 7 dnů.
- Z jiných než zdravotních důvodů lze provést sterilizaci pacientce, která dovršila věk 21 let, nebrání-li jejímu provedení závažné zdravotní důvody, a to na základě písemné žádosti. Mezi žádostí a udělením souhlasu musí uplynout lhůta nejméně 14 dnů.

Způsob provedení výkonu


Sterilizace je operační výkon, prováděný v celkové narkóze.

- Laparotomicky – klasickým řezem z otevřené dutiny břišní
- Laparoskopicky - po přípravě operačního pole je dutina břišní speciální jehlou naplněna plynem - oxidem uhličitým z malého řezu v pupku. Poté se zavede tímto řezem do dutiny optický nástroj – laparoskop. Z malého řezu v podbřišku je zaveden operační nástroj, kterým se oba vejcovody buď přeruší, nebo zcela odstraní.

Rizika zákroku:

Všechny operace na vnitřních rodidlech ženy se odehrávají v bezprostřední blízkosti močového měchýře, močovodu, střev, nervů a velkých cév malé pánve.

- Může nastat krvácení a poranění okolních orgánů 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 hojení rány, krvácení, infekce operační rány nebo infekce močových cest
- Po výkonu v dutině břišní mohou vzniknout nově srůsty mezi orgány, případně tzv. zauzlení střev. Vzácnou komplikací jsou píštěle, abscesy v dutině břišní, pooperační kýly, které pak vyžadují další operační výkony.
- Může dojít k alergické reakci

	F 01 Informovaný souhlas - MN	Strana: 2	Z celku: 2	Vydání č.1
	GYN 17/17	STERILIZACE		Účinnost od: 22.2.2017

Další možnosti léčby:

jiný druh antikoncepce např. hormonální, nitroděložní tělísko, náplast...

Možná omezení způsobu života, nebo pracovní schopnosti:

Následkem tohoto výkonu je trvalá sterilita tj. nemožnost otěhotnění přirozenou cestou. Zábrana otěhotnění je pouze mechanická, výkon nemá vliv na hormonální aktivitu. Případné opětovné zpřůchodnění vejcovodů je náročný chirurgický výkon s velmi nízkou úspěšností, který musíte hradit z vlastních prostředků. Pracovní neschopnost v délce cca 3-7 dnů.

Ve velmi vzácných případech může dojít někdy v budoucnu i k selhání této antikoncepční metody a k nežádoucímu otěhotnění.

Pooperační léčebný režim a preventivní opatření: hygiena operační rány

ŽÁDOST

Tímto žádám gynekologicko-porodnické oddělení o provedení sterilizace z těchto důvodů:

- zdravotní jiné

Spontánní porody.....Císařský řez.....Potrat.....

Písemný souhlas pacientky:

Já, níže podepsaná pacientka, potvrzuji:

- že nejsem zbavená způsobilosti k právním úkonům,
- 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 v případě komplikací může zákrok vyžadovat transfuzi krve;
- že 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 žádám o vykonání zákroku.

Datum sepsání žádosti:.....

Jméno a podpis pacientky:.....

Jméno a podpis lékaře:.....

Jméno a podpis svědka:.....

Primář MUDr. Peter Rafaj / nebo zastupující lékař dne

Souhlas před zákrokem:

Já, pacientka, žádám o vykonání sterilizace a souhlasím s jeho provedením.

Datum, jméno a podpis pacientky:

.....