	F 01 Informovaný souhlas - MN	Strana: 1	Z celku: 2	Vydání č.1
	<b>GYN 18/18</b>	<b>HYSTERECTOMIE</b>		Účinnost od: 5.4.2018

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM - HYSTERECTOMIE (odstranění dělohy)

**Příjmení a jméno:**.....

**RČ pacientky:** .....

### Indikace k operaci:

### Výkon bude proveden:


- Řezem přes přední stěnu břišní (abdominálně) - podle závažnosti onemocnění se volí buď podélný, nebo příčný řez rozdílné délky. Po protěti všech vrstev břišní stěny je děloha uvolněna od okolních struktur. Zhojení jizvy nastává zpravidla do 1 týdne.
- Odstranění přes pochvu (vaginálně) - pochva je po operaci sešita v místě odstranění dělohy. V průběhu několika pooperačních týdnů může docházet k výtoku s příměsí krve.
- Laparoskopicky - dutina břišní je naplněna plynem, který je po ukončení výkonu vypuštěn. Nástroje jsou zavedeny do břišní dutiny 3-4 vpichy. Za pomoci optiky a speciálních nástrojů je děloha uvolněna od okolních struktur. Po uvolnění dělohy následuje její odstranění pochvou, tak jak bylo popsáno v předchozím případě.

### Doplňující výkony:

- odstranění dělohy společně s vejcovody
- odstranění dělohy společně s vaječníky  
Současné odstranění vejcovodů a vaječníků se děje buď jako plánovaná operace, nebo zřídka vyžaduje-li to nálezný, který byl zjištěn v průběhu operačního výkonu. Po odstranění vaječníků může být následkem této operace nedostatečné zásobení hormony, které je nutno po operaci užívat (pouze v případě před menopauzou).
- odstranění dělohy se spádovým lymfatickými uzlinami
- Plastiky poševní – přední a/nebo zadní poševní plastika. Plastiky provádíme při poklesu přední poševní stěny a močového měchýře (cystokéla) nebo poklesu zadní poševní stěny, přes kterou se vyklenuje střevo (rektokéla). Plastiky poševní řeší problémy s únikem moči nebo naopak s nemožností se úplně vymočit.
- další výkony: \_\_\_\_\_

### Možná rizika zákroku:

- Může nastat krvácení a poranění okolních orgánů během operace (močový měchýř, střevo, velké cévy), 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

	F 01 Informovaný souhlas - MN	Strana: 2	Z celku: 2	Vydání č.1
	<b>GYN 18/18</b>	<b>HYSTERECTOMIE</b>		Účinnost od: 5.4.2018

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 (pacientky mají zavedený močový katétr).
- Po výkonu v dutině břišní mohou vniknout nově srůsty mezi orgány, případně tzv. zauzlení střev. Vzácnou komplikací jsou píštěle, abscesy v dutině břišní, pooperační kýly, které pak vyžadují další operační výkony.
- V operační ráně může vzniknout kýla.
- Může dojít k alergické reakci.

#### **Možná omezení způsobu života, nebo pracovní schopnosti:**

- Pracovní neschopnost v délce cca 6 týdnů až 3 měsíce.
- Žena po odstranění dělohy již nemůže otěhotnět a nemá pravidelná krvácení.
- Po dobu 6ti týdnů po operaci dodržovat zvýšenou osobní hygienu - nedoporučujeme pohlavní styk, koupání, 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 operaci.**

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

\_\_\_\_\_

Datum, jméno a podpis lékaře, který pacientku poučil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_