

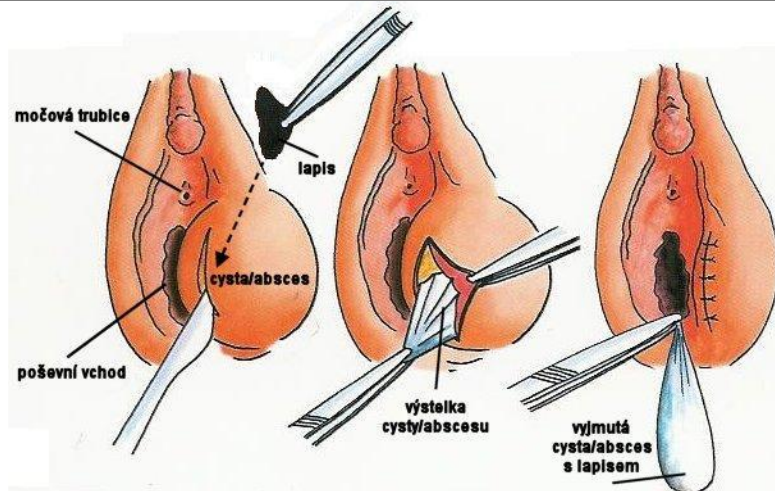
**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):	
CHIRURGICKÉ ODSTRANĚNÍ BARTHOLINIHO ŽLÁZY	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
CHEMOEXTIRPACE CYSTY BARTHOLINIHO ŽLÁZY	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
CHIRURGICKÉ ODSTRANĚNÍ ABSCESE BARTHOLINIHO ŽLÁZY	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:	
Účelem operačního výkonu je odstranění celé cysty. Bohužel žádný operační zákrok není zcela bez rizika. I přes velkou opatrnost a péči může během operace dojít ke komplikacím, které jsou naštěstí ve velké většině dobře rozpoznatelné a dobře řešitelné. <u>Během operace může dojít:</u> <ul style="list-style-type: none">- k silnějšímu krvácení s vytvořením krevní sraženiny pod kůží (modřina),- výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchylky), může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (především močové trubice nebo konečníku); tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu nebo i k opakované operaci,- velmi vzácně k otlakům měkkých tkání a obrně nervů, které mohou vzniknout v důsledku polohy při operaci; tyto změny ve většině případů během několika týdnů odezní a málokdy zanechají trvalé následky,- další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy; bližší informace Vám poskytne před operací přímo lékař-anesteziolog. <u>Po operaci může dojít k těmto komplikacím:</u> <ul style="list-style-type: none">- k dočasné poruše vyprazdňování močového měchýře v případě, že se ložisko nachází v blízkosti ústí močové trubice,- k infekci operační rány s nutností podat antibiotika, velmi vzácně k vytvoření hnisavého výpotku - abscesu, který je nutno vyprázdnit,- velmi vzácná je trombóza - vytvoření se krevních sraženin v žilách např. pánevního dna, a "embolie" - zanesení těchto sraženin např. do plic; tam může v krajním případě dojít k uzavření žilního řečiště a smrti.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:	
Tento výkon nemá alternativu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto:	
Cysta nebo absces (hnisavý váček) Bartholiniho žlázy vzniká většinou pomnožením sekretu nebo bakterií po samovolném uzávěru vývodu žlázy. Operační výkon se provádí v krátkodobé celkové anestezii. Při vytvoření abscesu se v místě největšího vyklenutí absces prořízne, hnis se vypláchne a dovnitř se vloží drén (hadička), aby odvedl zbytkový sekret. V případě prosté cysty probíhá operační výkon ve dvou dobách: nejprve se po rozříznutí do cysty vloží lápisový kamínek a zašije a po 48 hodinách se vyjme spolu s výstelkou cysty a vzniklá rána se zašije. Cysty i abscesy Bartholiniho žlázy se velmi často opakují. V takových případech se provádí chirurgické odstranění celé cysty, při kterém se celá cysta vyřízne vcelku a vzniklá rána se plasticky uzavře. Průběh operace může být digitálně dokumentován a prezentován (fotodokumentace, videozáznam). VFN se zavazuje, že to bude provedeno zcela anonymně, že nebude zaznamenán žádný Váš charakteristický rozpoznávací znak (zejména obličej) a ani na základě propojení rozpoznávacích znaků s dalšími identifikačními znaky nebude možná plná identifikace Vaší osoby.	
<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím s fotodokumentací nebo s videozáznamem.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:


Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Předpokládaná doba pobytu v nemocnici je 1-2 dny. Po operaci je nutná rekonvalescence, potřebná k plnému vyhojení, v trvání 1-2 týdnů. Během této doby je nutné se tělesně šetřit a nemít pohlavní styk. Nejméně 14 dní po výkonu byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel.

Další potřebná léčba:

Žádná

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

 podpis pacienta / zákonného zástupce

 jméno, příjmení a podpis lékaře

 podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

 jméno, příjmení a podpis svědka