

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	r. č.: Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): NECHIRURGICKÉ (MEDIKAMENTÓZNÍ) UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ Z DŮVODU: <input type="checkbox"/> ZAMLKLÉHO TĚHOTENSTVÍ <input type="checkbox"/> NEÚPLNÉHO POTRATU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Bylo zjištěno, že Vaše těhotenství se nevyvíjí, anebo došlo jen k částečnému potratu plodového vejce, což znamená, že v děloze stále zůstávají neodloučené části tkáně. Jako řešení této nepříjemné situace jste si vybrala nechirurgickou metodu, neboli podání léků, které mají za úkol podpořit odloučení a vypuzení plodového vejce z dutiny děložní. Výhodou této neinvazivní metody je, že se můžete vyhnout celkové anestezii a chirurgickému výkonu. Rizika tohoto postupu: <ul style="list-style-type: none">- nežádoucí účinky spojené s podáním léčivého přípravku (misoprostol): nejčastěji nevolnost, zvracení, případně alergická reakce;- selhání metody či nedostatečné odloučení a vypuzení plodového vejce, které si může vyžádat buď aplikaci dalších léčivých látek anebo chirurgický výkon: instrumentální (pomocí nástrojů) revizi dutiny děložní v celkové anestezii nebo provedení hysteroskopie (prohlédnutí dutiny děložní pomocí optického přístroje);- infekce vnitřních pohlavních orgánů, jejíž řešení může vyžadovat podávání antibiotické léčby a chirurgické řešení: instrumentální revizi dutiny děložní v celkové anestezii.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou medikamentózního řešení (za pomoci léků) zamlklého těhotenství či neúplného potratu je chirurgická metoda, tj. provedení instrumentální revize dutiny děložní. Jedná se o metodu volby při komplikovaných potratech (nadměrné krvácení, infekce). Výhodou této metody je procentuální úspěšnost provedení výkonu, která je vyšší než v případě medikamentózní metody. Nevýhodou je nutnost celkové anestezie a výkonu na děloze, který s sebou může přinášet další rizika, jako například infekce, poranění stěny děložní či pozdější vznik nitroděložních srůstů. Dále jsou zde rizika spojená s celkovou anestezii.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Po stanovení diagnózy na ultrazvuku budou potřeba následující kroky: <ul style="list-style-type: none">- komplexní gynekologické vyšetření lékařem, konzultace vhodnosti tohoto postupu a poučení;- užití léku (do pochvy/pod jazyk), jehož úkolem je vyvolat vypuzení plodového vejce (zpravidla 2 dávky);- v případě negativity Rh faktoru Vám bude aplikována injekce s protilátkou anti-D jako prevence tvorby protilátek, které by mohly mít negativní vliv na další těhotenství.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po užití léků budete 1-4 hodiny (dle počtu použitých dávek) sledována v prostorách kliniky	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno

r. č.: Zadejte RČ

(ambulantní trakt), v případě nekomplikovaného průběhu budete moci odejít domů.
Po aplikaci léků by mělo dojít k vaginálnímu krvácení, které může být spojeno s bolestmi v podbřišku různé intenzity a délky (i několik dnů).

Další potřebná léčba:

Za 2-3 týdny bude provedeno komplexní gynekologické vyšetření (palpační vyšetření včetně kontrolního ultrazvukové vyšetření) na ambulanci, kde se zhodnotí výsledek výkonu a nutnost dalších opatření.

V případě úplného odloučení a vypuzení plodového vejce, budete předána zpět do péče registrujícího gynekologa.

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

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

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

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

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka