

**INFORMOVANÝ SOUHLAS****Jméno a příjmení:****r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):**KYRETÁŽ HRDLA A DUTINY DĚLOŽNÍ****Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Účelem operačního výkonu je získání sliznice hrdla a těla děložního pro mikroskopické vyšetření. V případě krvácení tento výkon krvácení zastaví. Většinou je důvod provedení diagnostický - odebrání sliznice a její odeslání na mikroskopické vyšetření, které umožní stanovit příčinu Vašich obtíží.

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.

Během operace může dojít:

- k silnému krvácení s nutností podat krevní převod,
- k poranění stěny děložní s následným krvácením, které je nutné operačně ošetřit z řezu na přední stěně břišní nebo laparoskopicky,
- výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchylky), může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (močový měchýř, močová trubice, močovody, tlusté a tenké střevo, nervy); 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.

Po operaci může dojít k těmto komplikacím:

- k infekci operační rány, dutiny břišní či močových cest 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:

V případě, že se nejedná o krvácení z rodidel, je možné provést hysteroskopii - zobrazení dutiny děložní zavedením optického nástroje (hysteroskopu) přes pochvu a hrdlo děložní do dutiny děložní a odběr tkáně z dutiny děložní pod zrakovou kontrolou.

Hysteroskopii lze někdy provést bez nebo v místním znecitlivění. Při provedení samotné kyretáže, která se provádí bez zrakové kontroly, může dojít k tomu, že patologicky změněná tkáň nebude odstraněna a diagnostikována a zůstane v děloze.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Sliznice hrdla a těla děložního je odstraněna kyretou. Doba trvání výkonu je cca 10-15 minut.

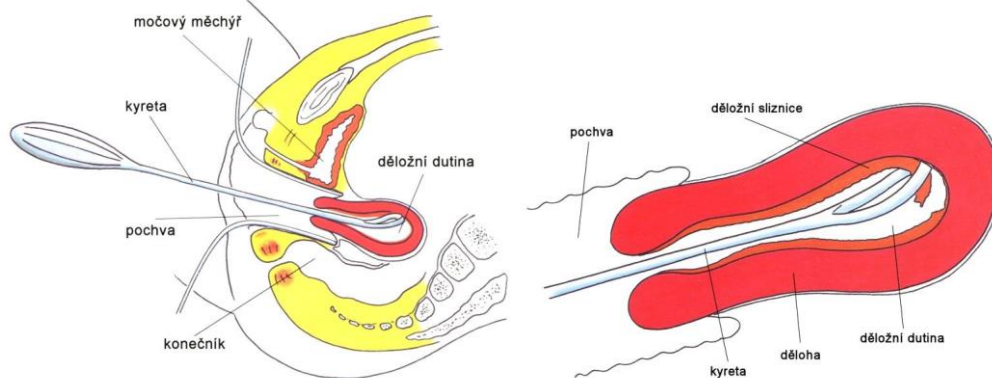
Průběh operace může být digitálně dokumentován a prezentován (fotodokumentace, videozáznam). VFN se zavazuje, že to bude provedeno zcela anonymně, že nebude zaznamenán žádný Váš charakteristický rozpoznávací znak (zejména obličej) a ani na základě propojení rozpoznávacích znaků s dalšími identifikačními znaky nebude možná plná identifikace Vaší osoby.

 Souhlasím **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 hospitalizace je při nekomplikovaném průběhu 1-2 dny. Po operaci je nutná rekonvalescence potřebná k plnému vyhojení v trvání 1-2 týdnů. Nejméně 14 dní po výkonu byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel. Slabé krvácení (špinění) po výkonu ustává do týdne. Máte-li zachován menstruační cyklus, první krvácení po výkonu se dostaví za 4-6 týdnů.

Další potřebná léčba:

Závisí na výsledku mikroskopického vyšetření odebrané tkáně.

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, uvede 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