

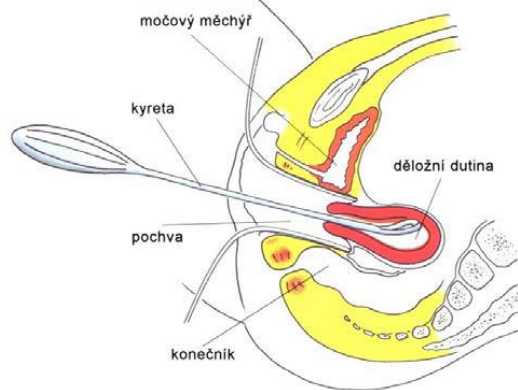
**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>r. č.:</b>
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
<b>Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):</b> <b>REVIZE/EVAKUACE (VYPRÁZDNĚNÍ) DUTINY DĚLOŽNÍ</b>	
<b>Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:</b> Účelem operačního výkonu je vyprázdnit dutinu děložní po potratu a odstranit tak zadržené části plodového vejce, které mohou způsobit silné krvácení a zánět dělohy. Odstraněné tkáně se posílají na mikroskopické vyšetření. 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. <b>Během operace může dojít:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- k silnému krvácení s nutností podat krevní převod,</li><li>- k poranění stěny děložní s následným krvácením, které je nutné operačně ošetřit z řezu na přední stěně břišní nebo laparoskopicky,</li><li>- i přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poranění dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu, ve výjimečném, krajním případě může dojít až k odstranění dělohy,</li><li>- výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchylky), může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (močový měchýř, močová roura, močovody, tlusté a tenké střevo, nervy); tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu nebo i k opakované operaci,</li><li>- 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,</li><li>- další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy; bližší informace Vám poskytne před operací přímo lékař-anesteziolog.</li></ul> <b>Po operaci může dojít k těmto komplikacím:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- k infekci operační rány, dutiny břišní či močových cest s nutností podat antibiotika, velmi vzácně k vytvoření hnisavého výpotku - abscesu, který je nutno vyprázdnit,</li><li>- 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,</li><li>- vzácně může dojít k tomu, že dutina děložní není vyprázdněná úplně, nebo se dodatečně naplní krevními sraženinami, to si někdy vyžádá i opětovné provedení stejného výkonu.</li></ul>	
<b>Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:</b> Tento výkon nemá alternativu.	
<b>Zdravotní výkon bude probíhat takto:</b> Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Po roztažení hrdla děložního je obsah dutiny děložní odstraněn kyretou a odsáním. 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. <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 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. První menstruace po výkonu se obvykle dostaví za 4-6 týdnů.

**Další potřebná léčba:**

Není potřebná další léčba.

**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/ka je **nezletilý 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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....  
 jméno, příjmení a podpis svědka