



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ (UMĚLÝM PŘERUŠENÍM TĚHOTENSTVÍ)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem operačního výkonu je vyprázdnit dutinu děložní a odstranit tak plodové vejce na žádost pacientky. Odstraněné tkáně se neposílají 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.

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,
- 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,
- výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchyly), 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:

Jinou možností ukončení nechtěného těhotenství je použití léků - farmakologické ukončení těhotenství. Je vhodné pouze u stáří těhotenství do 49. dne. Nevýhodou je různá délka potrácení - krvácení a riziko neúplného vyprázdnění dutiny děložní s nutností provedení vyprázdnění dutiny děložní (revize/evakuace).

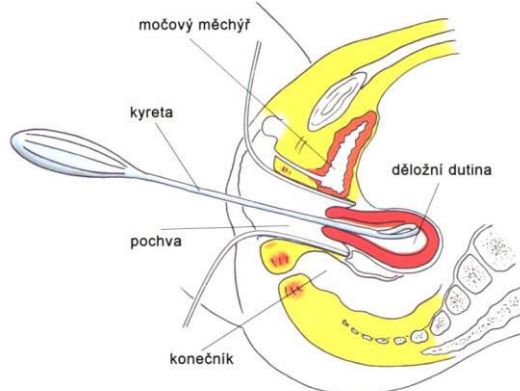
Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon 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.

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 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