



## 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>BIOPSIE POCHVY</b>	
<b>Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:</b> Odebrání patologicky změněné nebo podezřelé tkáně z pochvy k mikroskopickému 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. <u>Během operace může dojít:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- k silnějšímu krvácení s vytvořením krevní sraženiny pod kůží (modřina),</li><li>- 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,</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> <u>Po operaci může dojít k těmto komplikacím:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- k dočasné poruše vyprazdňování močového měchýře v případě, že ložisko je lokalizované v blízkosti ústí močové roury,</li><li>- k infekci operační rány 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></ul>	
<b>Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:</b> Tento výkon nemá alternativu.	
<b>Zdravotní výkon bude probíhat takto:</b> V celkovém nebo místním znecitlivění bude vyříznuto patologicky změněné nebo podezřelé ložisko a rána bude uzavřena stehem. 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"/> <b>Souhlasím</b> <input type="checkbox"/> <b>Nesouhlasím s fotodokumentací nebo s videozáznamem.</b>	
<b>Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní</b>	



## INFORMOVANÝ SOUHLAS

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>r. č.:</b>
<b>způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:</b> 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.	
<b>Další potřebná léčba:</b> Další léčba se odvíjí od výsledku odběru.	
<b>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:</b> V případě, že pacient je <b>nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností</b> a je přiměřeně rozumově a volně vospělý/á: <b>Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.</b> 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	
<b>Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:</b> 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	