



Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:**r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):**AMBULANTNÍ BIOPSIE (ODBĚR TKÁNĚ) DĚLOŽNÍHO HRDLA****Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Důvodem odběru tkání z děložního hrdla je podezření na patologický proces a možné vyloučení zhoubného nádoru, nebo přednádorového stavu.

Bohužel žádný výkon není zcela bez rizika. I přes velkou opatrnost a péči může během výkonu dojít ke komplikacím, které jsou naštěstí ve velké většině dobře rozpoznatelné a dobře řešitelné.

Během výkonu může dojít:

- k silnějšímu krvácení s nutností zástavy krvácení v celkové anestezii za hospitalizace,
- zcela výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, anatomické odchylky, vysoký věk, předchozí operace), může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (především močového měchýře nebo konečníku); tato poranění mohou vést k ošetření dalším operačním výkonem za hospitalizace,
- u citlivých jedinců může být zákrok provázen mírnou bolestivostí, velmi vzácně u predisponovaných osob může dojít i ke kolapsovému stavu v důsledku kombinace stresové reakce a mírné bolestivosti při odběru vzorku tkáně.

Po výkonu může dojít k těmto komplikacím:

- k infekci operační rány s nutností podat antibiotika.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Tento výkon nemá alternativu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí v gynekologické poloze bez nutnosti anestezie. Přístup k děložnímu hrdlu je získán po zavedení poševních zrcadel do pochvy. Za optické kontroly kolposkopem (gynekologický přístroj sloužící k zobrazení děložního hrdla) je pomocí bioptického nástroje odebrán malý vzorek nejméně podezřelé tkáně a odeslán k mikroskopickému vyšetření. Po zákroku je přítomno slabé krvácení, které v některých případech vyžaduje zavedení poševní mulové tamponády na několik hodin po zákroku.

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 délka výkonu je několik minut. Po zákroku není nutný pobyt v nemocnici. Po operaci je nutné dodržování hygienických omezení (nekoupat se, nemít pohlavní styk) po dobu trvání slabého krvácení. V den výkonu je vhodné se tělesně šetřit.

Další potřebná léčba:

Po tomto výkonu není žádná léčba nutná. Zda bude potřeba další léčba v rámci vyloučení nádorového procesu, záleží na výsledku vyšetření odebraného vzorku.

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