



Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): AMBULANTNÍ ODSTRANĚNÍ POLYPU VE VNITŘNÍ ČÁSTI 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. <u>Během výkonu může dojít:</u> <ul style="list-style-type: none">- 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. <u>Po výkonu může dojít k těmto komplikacím:</u> <ul style="list-style-type: none">- k infekci operační rány s nutností podat antibiotika.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Tento výkon nemá alternativu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Operace 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 nástroje (kleštiček) odebrán polyp z hrdla děložního a je 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. <input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím s fotodokumentací nebo s videozáznamem.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní	



Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:	r. č.:
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, 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	