



## 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>AMBULANTNÍ ENDOCERVIKÁLNÍ KYRETÁŽ (ODBĚR POVRCHOVÝCH BUNĚK Z VNITŘNÍ ČÁSTI DĚLOŽNÍHO HRDLA KOVOVOU KLIČKOU)</b>	
<b>Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:</b> 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"><li>- k silnějšímu krvácení s nutností zástavy krvácení v celkové anestezii za hospitalizace.,</li><li>- zcela výjimečně, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, anatomické odchyly, 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,</li><li>- 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.</li></ul> <u>Po výkonu může dojít k těmto komplikacím:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- k infekci operační rány s nutností podat antibiotika.</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 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 kyrety (ostrý chirurgický nástroj) odebrán malý vzorek tkáně ze sliznice 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"/> <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 způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:</b> Předpokládaná délka výkonu je několik minut. Po zákroku není nutný pobyt v nemocnici. Po výkonu je	



## Informovaný souhlas

**Jméno a příjmení:**

**r. č.:**

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