

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:
r. č.:

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):
STERILIZACE - ZÁKROK ZNEMOŽŇUJÍCÍ PLODNOST ŽENY (ZNEPLODNĚNÍ)
 ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ (přiložená indikace) **NA VLASTNÍ ŽÁDOST**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem výkonu je ztráta možnosti otěhotnět provedená laparoskopicky, nebo laparotomicky (řezem přes stěnu břišní) v průběhu císařského řezu je zpravidla doživotní a nevratná. Sterilizaci (zneplodnění) je možné provést dvojitým technickým způsobem:

- přerušením většinou elektrickým přepálením a poté přestřížením vejcovodů; nebo
- odstraněním vejcovodů.

Oba přístupy se neliší významně technicky, ani délkou operace (odstranění vejcovodů může operaci prodloužit v řádech minut). Oba přístupy mohou snížit riziko vzniku rakoviny vaječnicků a vejcovodů. Celoživotní riziko onemocnění tímto typem rakoviny se pohybuje u žen, které nemají dědičnou dispozici ke vzniku zhoubných nádorů, mezi 1,6-1,8% (pro srovnání riziko vzniku rakoviny prsu je 9%). Přerušeni vejcovodů sníží toto riziko o čtvrtinu, odstranění vejcovodů o tři čtvrtiny. Z tohoto důvodu je v současné době nabízeno jako technická možnost sterilizace právě odstranění obou vejcovodů. Rozdíl v antikoncepční spolehlivosti obou přístupů nebyl dosud popsán.

Upozornění: Otěhotnění po sterilizaci je zpravidla možné jen metodami asistované reprodukce (mimotělní oplodnění) s vysokým rizikem neúspěchu!

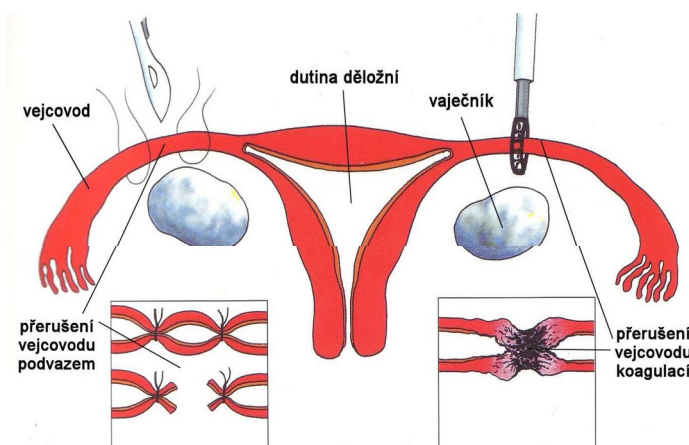
Bohužel žádný operační zákrok není zcela bez rizika. I přes velkou opatrnost a péči může během operace dojít ke komplikacím, které jsou naštěstí ve velké většině dobře rozpoznatelné a dobře řešitelné.

Komplikace:

- i když se jedná o nevratnou operaci, i tato metoda může u nepatrného počtu pacientek selhat a žena nechtěně otěhotní,
- komplikace operačního výkonu jsou popsány v informovaném souhlasu s laparoskopickou operací a v informovaném souhlasu s císařským řezem.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativa antikoncepce, tedy zabránění otěhotnění je užívání nebo aplikace hormonálních preparátů (ve formě tablet, injekcí nebo náplastí) nebo zavedení nitroděložního tělíska. Antikoncepce je proces vratný, tedy plodnost může být kdykoliv po jejím vysazení obnovena. Nevýhodou antikoncepce jsou její možné vedlejší účinky např. u hormonů.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:




Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:	r. č.:
Popis výkonu je uveden v informovaném souhlasu s laparoskopickou operací nebo v informovaném souhlasu s císařským řezem.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Informace uvedeny v informovaném souhlasu s laparoskopickou operací nebo v informovaném souhlasu s císařským řezem.	
Další potřebná léčba: Žádná	
Povinné úkony před provedením sterilizace: 1. Žena napíše a podá žádost o provedení sterilizace; <input type="checkbox"/> žádost přiložena. 2. Žena musí být informována ošetřujícím lékařem o povaze zdravotního výkonu, jeho trvalých následcích a možných rizicích. <u>Informace musí být podána před svědkem, kterým je zdravotnický pracovník.</u> Pokud žena požaduje přítomnost dalšího svědka podle vlastního výběru, je ji to umožněno; <input type="checkbox"/> žena byla informována.	
V Praze, dne <i>podpis pacientky / zákonného zástupce</i> <i>jméno, příjmení a podpis lékaře</i>
..... <i>jméno, příjmení a podpis svědka (zdravotnický pracovník)</i> <i>jméno, příjmení a podpis dalšího svědka</i>
3. <u>Časový interval mezi podáním informace a udělením souhlasu nesmí být u zdravotních důvodů kratší než 7 dnů u jiných než zdravotních 14 dnů.</u>	
4. Po uplynutí zákonné lhůty žena podepíše písemný informovaný souhlas se sterilizací bezprostředně před započítáním sterilizace. Sterilizace na vlastní žádost je zpoplatněná podle aktuálního ceníku.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacientka je nezletilá nebo s omezenou svéprávností a je přiměřeně rozumově a volně vyspělá: Prohlašuji, že jsem byla poučena v rozsahu, který je uveden výše. Pokud pacientce nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí: V Praze, dne	
..... <i>podpis pacientky / zákonného zástupce</i> <i>jméno, příjmení a podpis lékaře</i>
..... <i>podpis pacientky s omezenou svéprávností</i> <i>jméno, příjmení a podpis svědka</i>
Pokud pacientka / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacientka / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacientka / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:	
..... <i>jméno, příjmení a podpis svědka</i>	



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | IS-GPK-203 | strana 3 z 3

Informovaný souhlas