



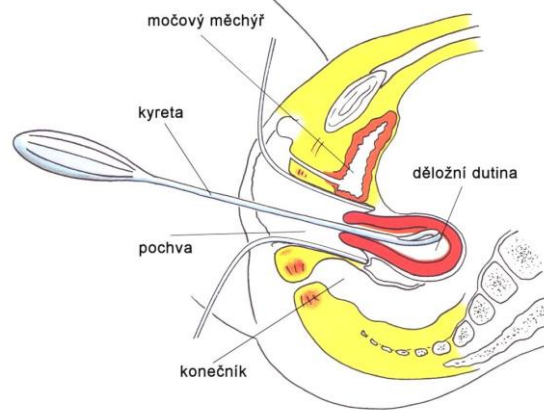
INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): REVIZE (KONTROLA) DUTINY DĚLOŽNÍ PO PORODU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Cílem tohoto zákroku je vyprázdnění dutiny děložní po porodu a odstranit tak zadržené části placenty nebo plodových obalů (blan), které mohou způsobit silné krvácení a zánět dělohy. Bohužel žádný výkon není zcela bez rizika. I přes velkou opatrnost a péči může dojít ke komplikacím, které jsou naštěstí ve velké většině dobře rozpoznatelné a řešitelné. <u>Během operace může dojít:</u> <ul style="list-style-type: none">- k silnému krvácení s nutností podat krevní převod (transfuzi),- i přes pečlivou operační techniku může dojít k poranění dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu, ve výjimečném, krajním případě až k odstranění dělohy,- výjimečné, zejména při komplikovaném výkonu (obezita, srůsty, anatomické odchylky) může dojít k neúmyslnému poranění okolních orgánů (močový měchýř, močová trubice, močovody, tlusté a tenké střevo, nervy); tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu nebo i k opakované operaci,- velmi vzácně k otlakům měkkých tkání a obrně nervů, které mohou vzniknout v důsledku polohy při operaci, tyto změny ve většině případů odezní během několika týdnů a málokdy zanechají trvalé následky,- další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, bližší informace Vám poskytne před operací přímo anesteziolog. <u>Po operaci může dojít k těmto komplikacím:</u> <ul style="list-style-type: none">- infekce dutiny děložní či močových cest s nutností podat antibiotika, velmi vzácně k vytvoření hnisavého výpotku - abscesu, který je nutno vyprázdnit,- 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 uzávěru cévního řečiště a smrtelným komplikacím.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Tento výkon nemá alternativu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Operace se provádí v narkóze. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Po roztažení hrdla děložního je obsah dutiny děložní odstraněn kyretou. Doba trvání výkonu je cca 10-15 minut. 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.	

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 hospitalizace po zákroku je 2-3 dny. Po operaci je nutné dodržovat běžný šestinedělní režim - šetřit se, dodržovat zvýšenou hygienu zevních rodidel, slabé krvácení po výkonu by se pozvolna mělo změnit na běžné očištění v šestinedělí. Menstruace se dostaví za 4-6 týdnů po výkonu.

Další potřebná léčba:

Další léčba není nutná.

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