

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

**Gynekologicko-porodnické oddělení, tel: 57 755 2910, fax. 57 755 2990**

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

### Informace o pacientovi:

Pacient: \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození*Zákonný zástupce (zákonní zástupci): \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient) .....

### Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

## LAPAROTOMIE (OTEVŘENÍ DUTINY BŘIŠNÍ) S VÝKONEM DLE NÁLEZU

Vážená paní,

byla Vám doporučena revize dutiny břišní s výkonem dle nálezu. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Výsledky vyšetření ukazují na možné onemocnění orgánů (děloha, vaječníky), uložených v malé pánvi výkon nutný k přesnému určení rozsahu a charakteru onemocnění. Operace může také ukázat, že Vaše potíže vycházejí z onemocnění jiných orgánů malé pánve.

### Účel výkonu:

Zjištění možného onemocnění v dutině břišní.

### Alternativy výkonu:

Laparoskopická operace.

### Operační postup:

- Otevření dutiny břišní z kožního řezu od pupku ke sponě stydké nebo příčně nad sponou

- Částečné či úplné odstranění nemocných orgánů

**Vlastní operační výkon:**

Otevření dutiny břišní je provedeno přímým nebo příčným řezem pod pupkem a je závislé na předpokládaném nálezů. Během operačního výkonu můžeme zjistit, že k úspěšnému léčení Vašich potíží je nezbytné i odstranění dělohy. Pokud bude nutné odstranit oba vaječníky, je možná náhrada jejich hormonální funkce běžně dostupnými léky. Definitivní rozsah operačního výkonu na nemocných orgánech může být stanoven až během operace, kdy vzorky tkání mohou být odeslány k rychlému histologickému vyšetření (peroperační biopsie). Na základě těchto výsledků bude stanoven definitivní operační výkon. Během operace můžeme zjistit, že se jedná o zhoubné onemocnění. Potom bude operační výkon patřičně rozšířen, aby byl danému onemocnění odpovídající a účelný.

**Komplikace:**

Samozřejmě je naším přáním, aby Váš výkon proběhl bez komplikací.

Žádný lékař Vám však nemůže zaručit ideální výsledek operace a její nekomplikovaný průběh. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako "trombóza" (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, zúžení střev ("ileus") či infekce v operačním poli jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře. Vzácně se vyskytují také "píštěle" (komunikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva či cév. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Při poškození se někdy nelze vyhnout ani odstranění části střeva a jeho dočasnému vyvedení přes stěnu břišní.

Při nutnosti odstranění mízních uzlin může dojít po operaci k hromadění lymfy v dutině břišní, což může způsobovat bolesti, zhoršení průchodnosti lymfatických cest pak někdy působí i otoky dolních končetin (tzv. lymfedémy).

Komplikace mohou nastat i při podání narkózy. Více informací Vám sdělí lékař – anesteziolog den před operací.

**Možné následky operace:**

Oboustranné odstranění vaječnicků, vejcovodů nebo dělohy vede k neplodnosti. Při odstranění obou vaječnicků (ev. dělohy) se Vám už neobjeví pravidelné měsíční krvácení. Po odstranění obou vaječnicků se mohou objevit příznaky stejné jako u žen v přechodu a proto ženám s dosud pravidelným menstruačním cyklem doporučujeme hormonální podpůrnou léčbu (kromě případů, kdy nelze hormonální léčbu ze zdravotních důvodů podat).

**Vážená paní,**

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu zajímá.

**Ujišťujeme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.**

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

**PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

.....  
Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu .....

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékařovi otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

### **SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM**

s provedením navrženého a popsánoho léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor ..... (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu ..... (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

\_\_\_\_\_  
Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

**Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.**