

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:

## REKONSTRUKCE SESTUPU PÁNEVNÍHO DNA A INKONTINENCE MOČI OPERAČNÍ METODOU S POUŽITÍM SÍTKY A BEZNAPĚŤOVÉ PÁSKY

Vážená paní,

na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena operace. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Výsledky provedených vyšetření ukazují na poruchu uložení močové trubice a močového měchýře a doporučujeme úpravu operačním výkonem. Pokud se Vám zdá informace, kterou jste obdržela od Vašeho ženského lékaře, nedostatečná, zeptejte se, prosím, svého ošetřujícího lékaře na důvod plánovaného výkonu.

Dosavadní výsledky vyšetření a Vaše subjektivní potíže ukazují na nedostatečnost podpůrného a závěsného aparátu pohlavních orgánů. Tato nedostatečnost může mít za následek sestup až výhřez poševních stěn, obvykle spojených se sestupem až výhřezem dělohy, často je spojena s inkontinencí močovou, tj. potíže s udržení moče. Unik moči je způsoben poruchou uložení močové trubice a močového měchýře a doporučujeme úpravu operačním výkonem. Sestup může postihnout případně i sousední orgány, tj. močový

měchýř, močovou trubici a konečník. Navrhovaný operační výkon představuje nejefektivnější řešení této poruchy.

**Účel výkonu:**

Zpevnění svalů dna pánevního, řešení inkontinence pomocí beznapěťové pásky.

**Alternativy výkonu:**

Plastiky bez použití sítky, závěsná operace břišní cestou nebo pomocí laparoskopu.

**Operační postup:**

- před výkonem je nutno přeléčit event. zánět v pochvě, pro zlepšení operačního terénu a příznivější pooperační hojení se mohou několik dní před operačním výkonem zavádět do pochvy tampony s mastí s příměsí hormonů
- ve většině případů se provádí operační výkon z vaginálního (poševního) přístupu, výjimečně z abdominálního (břišního) nebo kombinovaného
- protětí přední a zadní stěny poševní a preparace vaziva k místům uložení a fixace sítky a beznapěťové pásky
- uložení a fixace přední a zadní sítky a beznapěťové pásky
- zašití kožních vpichů a řezů ve stěně poševní

**Komplikace:**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. „trombóza“ (vytvoření se krevních sraženin v žilách, nejčastěji v oblast dolních končetin), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, „ileus“ (zauzlení střev), infekce v operačním poli, infekce močových cest, atd.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močové trubice a konečníku.

Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému typu operačního výkonu. Další možnou, ale málo častou komplikací, jsou „píštěle“ (komunikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou. Jejich odstranění pak vyžaduje nový operační výkon. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny před operací lékařem anesteziologem.

**Možné následky výkonu:**

Konečným výsledkem tohoto operačního výkonu v oblasti zevních rodidel je úprava anatomických poměrů se zabráněním sestupu až výhřezu orgánů (viz výše) a také obnovení schopnosti udržet moč.

U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice. Špatné hojení operační rány s opakovanými převazy a možné vytvoření keloidní, hypertrofické jizvy. V některých případech je nutné tyto následky řešit reoperací. Závěs močové trubice pomocí pásky může způsobit poruchu močení ve smyslu nedokonalého vyprázdnění močového měchýře.

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.

**Prosím ptejte se na všechno, co se Vám zdá důležité.**

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 lékaři 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 popsáního 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.**