

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 s ohledem na zdravotní stav,
- 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:

## LAPAROSKOPICKÁ STERILIZACE

Vážená paní,

v zájmu zabránění nežádoucího početí jste se rozhodla sama, nebo Vám bylo doporučeno ze zdravotních důvodů definitivní řešení – sterilizace. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Vaše písemná žádost a souhlas s provedením výkonu jsou podmínkou Vašeho přijetí k hospitalizaci. Podstatou operace je přerušení obou vejcovodů, čímž se zabrání kontaktu ženského vajíčka s mužskou spermií a nedochází k oplození. Rádi bychom Vás upozornili, že zabránění plodnosti sterilizací je nezvratné. V ojedinělých případech je možné po provedené sterilizaci pokusit se o otěhotnění za pomoci umělého oplození. Pokud by, jste se v budoucnu z jakýchkoliv důvodů rozhodla pro umělé oplození, všechny finanční náklady si musíte hradit z vlastních prostředků.

Kromě přerušení vejcovodů se při samotném výkonu provádí i kontrola stavu dělohy, vaječnicků, vejcovodů a dalších orgánů v dutině břišní. Sterilizace nemá vliv na průběh menstruace, sexuální život ani na Váš zdravotní stav. Není příčinou hormonálních změn.

**Účel výkonu:**

Zabránění otěhotnění na přání pacientky nebo ze zdravotních důvodů.

**Alternativy výkonu:**

Antikoncepce (hormonální, přirozená, bariérová), nitroděložní tělísko.

**Vlastní operační výkon:**

V celkové narkóze se naplní dutina břišní kyslíčnickem uhličitým a zavede laparoskop, tj. za řízení, které umožní prohlédnout pánev a dutinu břišní. Jeho podstatou je tenká trubice s optikou a pomocné nástroje, které umožní přístup k jednotlivým orgánům. Zavádí se z krátkých řezů délky přibližně 1,5 cm. Podstatou sterilizace je přerušování vejcovodů za pomoci speciálních nástrojů. V odůvodněných případech je po splnění zákonných podmínek možné provést sterilizaci i při porodu císařským řezem, a to na základě Vaší předchozí písemné žádosti.

**Komplikace:**

Občasným doprovodným jevem jsou mírně bolestivé pocity v oblasti klíční kosti na druhý den po výkonu. Jsou způsobeny tlakem zbytku plynu v břišní dutině, jsou neškodné a brzy ustoupí. Žádné pracoviště ani lékař Vám však nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace.

Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Ke komplikacím, které vzácně provázejí všechny typy operací, patří např. "trombóza" (vytvoření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace nebo infekce v oblasti vpichů. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a tlustého stěva. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. U laparoskopických operací může výjimečně dojít k většímu krvácení do břišní dutiny, kdy je nutno ve výkonu pokračovat klasickým operačním řezem v podbříšku. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem-anesteziologem.

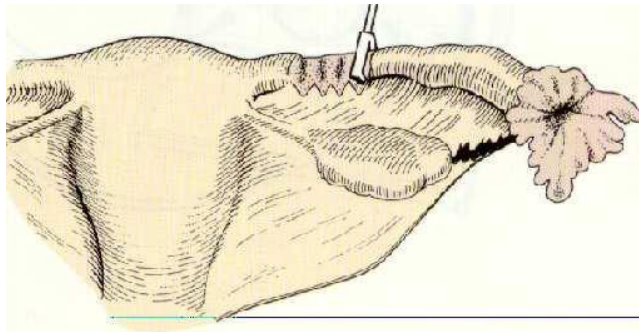
U nekomplikovaného výkonu se mohou projevit poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice.

Ve výjimečných případech se může stát, že Váš organizmus obnoví průchodnost vejcovodů a dojde k otěhotnění. Proto se při vynechání měsíčků, které trvá víc jak měsíc, nechejte vyšetřit svým gynekologem. Opakujeme, že jde skutečně jen o vzácné výjimky.

**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.**

**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 nevyklučují. 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 popsáno 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.**