

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:

## STERILIZACE (ZÁKROK TRVALE ZNEMOŽŇUJÍCÍ PLODNOST)

Vážená paní,

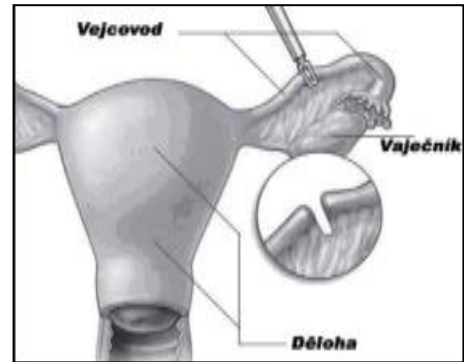
rozhodla jste se podstoupit operaci, po které ztratíte možnost otěhotnět přirozeným způsobem. Sterilizace je lékařský výkon, který se provádí na vejcovodech. Vzhledem k vysoké účinnosti sterilizace nebudete muset již dále používat jiné antikoncepční metody. Otěhotnění je po sterilizaci možné jen metodami umělého oplodnění.

**Ve výjimečných případech může ale sterilizace selhat /dle světových statistik v 0,5 – 2%.**

**Tuto okolnost mějte v patrnosti, zvláště pokud Vám vynechá menstruace.**

### **Sterilizace – popis výkonu:**

Vejcovody jsou dvě trubice vycházející z rohů děložních a směřující k vaječníku. Ve vejcovodu dochází ke spojení vajíčka a spermie. Podstatou výkonu je úplné přerušení obou vejcovodů elektrokoagulací nebo stehem. Zábрана otěhotnění je pouze mechanická, výkon nemá vliv na vaši hormonální aktivitu. Případné opětovné zprůchodnění vejcovodů je náročný chirurgický výkon s nízkou úspěšností, který musíte hradit z vlastních prostředků. Laparoskopická sterilizace je operační výkon, prováděný v celkové narkóze. Po přípravě operačního pole dutinu břišní lékař naplní kyslíčnickem uhlíčitým speciální jehlou. Poté zavede do dutiny břišní z malého řezu umístěného v pupku optický nástroj – laparoskop.



Z malého řezu v podbřišku zavede lékař operační nástroj, kterým oba vejcovody přeruší. Poté je výkon ukončen. Organismus ženy je v případě ideálního průběhu minimálně zatížen.

### **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 uhlíčitým a zavede laparoskop, tj. zařízení, 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 přerušení vejcovodů za pomoci speciálních nástrojů. V odůvodněných případech je po splnění zákonných podmínek možné provést sterilizaci i při porodu cisařským 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 střeva. 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 podbřišku. 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 organismus 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. **Ujistíme 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 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 projevili svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

**Veźmĕte, prosĭm, tento tiskopis s sebou ke zdravotnĭmu vĭkonu spolu s dokumentacĭ.**