

INFORMOVANÝ SOUHLAS S AMBULANTNÍ (OFFICE) HYSTEROSKOPIÍ

G-med v.o.s., Jiřího Potůčka 250, 530 09 Pardubice

Příjmení, jméno, titul:	
Rodné číslo:	

Vážená paní,

po vyšetření a vzájemné domluvě Vám byl ošetřujícím lékařem doporučen zdravotní výkon: **Ambulantní (office) hysteroskopie**.

Informace uvedené níže Vám pomohou připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení. Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění, jsme povinni Vám poskytnout srozumitelné informace k seznámení se se způsobem a účelem plánovaného zákroku včetně očekávaných následků a možných nebezpečí pro zdraví a tím Vám umožnit se informovaně rozhodnout o jeho provedení nebo odmítnutí. Máte právo plánovaný výkon předem odmítnout. Při poskytování lékařské péče se řídíme metodickými doporučeními odborných lékařských společností a medicínou založenou na důkazech - evidence based medicine. Bezpečí pacienta je za všech okolností prioritní.

ZDRAVOTNÍ VÝKON A JEHO ÚČEL

Jedná se o šetrné gynekologické vyšetření, při kterém se specializovaným tenkým nástrojem s optikou (hysteroskopem) prohlídí dutina děložní. Zároveň je i možnost cíleného operačního zákroku pod kontrolou zraku (např. odběr vzorku sliznice, odstranění polypu...). Průměr operačního hysteroskopu okolo 5 mm odpovídá např. průměru zavaděče nitroděložního tělíska/systému, ve většině případů ho tedy lze i bez předchozího rozšiřování kanálu hrdla děložního snadno zavést do dutiny děložní. Výjimkou mohou být např. jizvy na hrdle děložním po konizaci (LEEP) či dlouhotrvající snížené působení hormonů – atrofie v postmenopauze.

Office hysteroskopie umožňuje:

- posoudit stav sliznice děložní
- vyšetřit možné příčiny neplodnosti nebo potratů (např. abnormální tvar dutiny děložní)
- odhalit (a ve většině případů i rovnou odstranit) polypy, myomy nebo jiné patologické změny
- objasnit příčinu nepravidelného krvácení
- posunout špatně umístěné nitroděložní tělísko do správné polohy

ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI VÝKONU

Alternativy operačního výkonu - neoperovat a pokračovat např. v ultrazukových kontrolách – nevýhodou je především nemožnost odstranit event. patologii, nelze provést histologické vyšetření. Další alternativou je provedení kyretáže, jejíž nevýhodou je, že chybí zrková kontrola operátora během operace a nutnost celkové anestezie. Případně provedení hysteroskopie v celkové anestezii – hypotetická zátěž celkovou anestezii, nutná alternativa např. v případě výrazného zúžení kanálu děložního hrdla či u očekávaného většího patologického nálezu – např. velký polyp nebo myom vyčnívající do dutiny děložní.

PŘÍPRAVA K VÝKONU

- doporučuje se výkon provést mimo období menstruačního krvácení
- v případě vyšetřování příčin neplodnosti optimálně 5.-12. den cyklu
- před výkonem můžete normálně jíst a pít
- cca 1 hodinu před výkonem je vhodné užít tabletu analgetika (1 tbl Ibalginu 400 mg + 1 tbl Paralenu 500 mg, event. 1 ks Nimesilu + 1 tbl Paralenu 500 mg) či přímo před výkonem 1 ks Indometacinového čípku 50 mg rektálně (vydáme přímo na sále)
- není nutný doprovod (pokud Vám lékař neřekne jinak)

ZPŮSOB VÝKONU - OPERAČNÍ POSTUP

Výkon je prováděn ambulantně, bez nutnosti hospitalizace a obvykle trvá 5-10 minut. Není nutná celková anestezie (narkóza) a není nutné (ani vhodné) před výkonem lačnit. Lékař zavede tenký endoskop - hysteroskop přes pochvu a děložní hrdlo do dutiny děložní, dutina děložní se jemně rozšíří tekutinou (teplý sterilní fyziologický roztok), aby byla dobře přehledná.

MOŽNÉ NEPŘÍJEMNÉ POCITY A RIZIKA

Většina žen pociťuje pouze mírné nepohodlí nebo tlak podobný menstruační bolesti, přičemž míra citlivosti je vysoce individuální. V případě silného diskomfortu či bolesti ve vyšetření dále nepokračujeme a je v případě potřeby dohodnut termín na provedení hysteroskopie v celkové narkóze.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Vzácně se mohou vyskytnout komplikace: výraznější bolest, infekce, krvácení, poranění hrdla děložního nebo dělohy s nutností ošetření v celkové anestezii, vazovagální reakce (nevolnost, slabost, kolaps).

POOPERAČNÍ REŽIM

Po výkonu se může objevit: slabé krvácení nebo špinění po dobu několika dní, mírné bolesti v podbřišku v den výkonu jsou běžné. Návrat k běžným aktivitám je možný prakticky ihned.

V případě, že se objeví: silnější krvácení, horečka, silná nebo zhoršující se bolest, zapáchající výtok je nutné kontaktovat lékaře.

PROSÍM, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ před provedením výkonu a před udělením souhlasu!

PROHLÁŠENÍ OŠETŘOVANÉ OSOBY

Prohlašuji a potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace k plánovanému výkonu. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a dostatečně poskytnutém čase zvážít, měla jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměla. Na dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Byl mi objasněn léčebný postup, způsob jeho provedení, účel a důsledky postupu, včetně možných rizik. Byla jsem informována o předpokládané pracovní neschopnosti a rekonvalescenci.

Souhlasím s navrhovaným léčebným postupem, provedením popsaného výkonu a vším, co s tím souvisí. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny dle uvážení lékaře. Souhlasím tak s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby, např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotnické výkony a metody. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů v nezbytně nutném případě.

Prohlašuji, že jsem seznámena s riziky a případné komplikace popsané shora beru na vědomí a nepovažuji je v případě jejich vzniku za škodu na zdraví způsobenou při plánovaném výkonu, pokud bude ošetření provedeno řádně (lege artis).

Prohlašuji, že jsem nezamlčela žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem porozuměla poskytnutým informacím a **SOUHLASÍM** s provedením výkonu.

V:

Datum:.....

Podpis pacienta ev. jeho zákonného zástupce:.....

Podpis a jmenovka lékaře: