

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

Cílem výkonu je diagnostika a případně drobný léčebný zákrok v dutině děložní, zejména při podezření na polypy, submukózní myomy, synechie, nepravidelné krvácení nebo jiné patologické nálezy. Dále se hysteroskopie využívá při vyšetření stavu dutiny děložní v rámci terapie neplodnosti a při podezření na posunutí nitroděložního tělíska (lze upravit jeho polohu pod přímou vizuální kontrolou).

Vzhledem k cyklickým změnám na výstelce dutiny děložní a ovulačnímu cyklu je u velké většiny nálezů nutné časovat provedení hysteroskopie na 5 - 12 den cyklu (v případě potřeby nebo při nepravidelném cyklu lze menses posunout užíváním Norethisteronu)!

ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI VÝKONU

Alternativy operačního výkonu - neoperovat, kyretáž. Rizika alternativního postupu - zhoršování obtíží, nevyšetření sliznice dutiny děložní.

PŘÍPRAVA K VÝKONU

Byla jsem informována, že výkon ambulantní hysteroskopie je plánován bez celkové anestezie. Byla jsem informována o možných projevech bolesti a dostupných možnostech jejího tlumení. Byla mi nabídnuta farmakologická analgezie (nesteroidní antiflogistika, paracetamol), anxiolytika, případně lokální anestezie hrdla děložního. Byla jsem poučena o možných nežádoucích účincích (ospalost, nevolnost, křeče) a o zákazu řízení motorových vozidel při podání anxiolytik.

ZPŮSOB VÝKONU - OPERAČNÍ POSTUP

Výkon je prováděn ambulantně, zpravidla bez nutnosti celkové anestezie a obvykle trvá několik minut. Endoskopické vyšetření dutiny děložní se provádí tenkým hysteroskopem zavedeným přes hrdlo děložní.

MOŽNOST KONVERZE VÝKONU

Byla jsem informována, že v případě nálezu vyžadujícího rozsáhlejší operační řešení může být výkon ukončen a následně přeplánován k provedení operační hysteroskopie v analgosedaci nebo celkové anestezii v jiném termínu. Dalším důvodem k celkové narkóze může být výrazná stenóza (zúžení) kanálu hrdla děložního znemožňující snadné zavedení hysteroskopu, nejčastěji k tomuto stavu dochází v důsledku dříve provedené konizace a v postmenopauzálním období.

MOŽNÉ NEPŘÍJEMNÉ POCITY A RIZIKA

Během výkonu mohu pociťovat tlak, tah nebo křeče podobné menstruačním bolestem. Po výkonu se může objevit slabé krvácení nebo špinění.

Vzácně se mohou vyskytnout komplikace, zejména:

- výraznější bolest
- infekce
- krvácení
- poranění hrdla děložního nebo dělohy
- vazovagální reakce (nevolnost, slabost, kolaps)

POOPERAČNÍ REŽIM

Byla jsem poučena o režimových opatřeních po výkonu, zejména o:

- klidovém režimu v den výkonu
- možnosti přechodných bolestí nebo slabého krvácení
- nutnosti kontaktovat zdravotnické zařízení při silné bolesti, horečce nebo krvácení

**Byla jsem informována o případném omezení řízení motorových vozidel v závislosti na po-daných lécích
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 navrhaným léčebným postupem, provedením popsaneho 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 беру на 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: