

## Poučení a souhlas informované pacientky s vyšetřovacími a léčebnými výkony

Identifikační štítek pacientky:

### Plánovaný výkon:

operace - vizuální kontrola dutiny děložní optickým přístrojem, event. odebrání vzorku sliznice dutiny děložní

### **Hysteroskopie - HSK (+ eventuálně abrasio separata)**

- laická terminologie:

zrková kontrola dutiny děložní optickým přístrojem (+ eventuálně odebrání vzorku sliznice dutiny děložní)

- lékařská terminologie:

Hysteroscopia (et abrasio separata)

Naše centrum je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. Máte právo žádat informaci o rizicích spojených s tímto výkonem či léčbou, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby.

### Způsob operace:

Hysteroskop je optický přístroj, který se zavádí do dutiny děložní a po naplnění dělohy fyziologickým roztokem se při speciálním osvětlení prohlíží děložní kanál a dutina děložní. Tento operační výkon je prováděn z důvodů diagnostických nebo terapeutických.

Provádí se vizuální kontrola tvaru a prostornosti děložní dutiny a slouží k odhalení některých nepravidelností - vrozené vývojové vady (například přepážka, sedlovitá děloha) nebo podslizniční myomy, slizniční výrůstky, endometrióza, slepení děložních stěn (synechie, Aschermanův syndrom), dají se také získat informace o stavu vnitřních ústí vejcovodů a detekovat zhoubné nádory.

Zajišťuje nejpřesnější odběr vzorku děložní sliznice, či nepravidelného útvaru v děložní dutině k určení povahy Vašeho onemocnění či odstranění nepravidelností z léčebných důvodů.

### Možné komplikace:

*Žádná operace není bez rizika komplikací.*

Nejčastěji se může jednat o krvácení během operace nebo zanesení infekce do děložní dutiny, přesto, že se výkon provádí po kontrole poševního sekretu a po desinfekci. Při aplikaci většího množství tekutiny do děložní dutiny může vzácně dojít k přechodnému porušení hladin minerálů v krvi.

Výjimečně může dojít k neúmyslnému poranění děložní stěny, močového měchýře, nebo i střeva. Tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu, nebo k opakované operaci. Vzácnou komplikací jsou „píštěle“ t.j. samovolně vzniklá spojení např. mezi močovým měchýřem nebo střevem a pochvou, která pak vyžadují další operační výkon k úpravě stavu.

Vzácně může vzniknout „trombóza“ , t.j. vytvoření se krevních sraženin v žilách např. pánevního dna a „embolie“ t.j. zanesení těchto sraženin např. do plic. Tam může v krajním případě dojít k uzavření žilního řečiště a smrtelným stavům. Tyto komplikace nastávají zejména u pacientek s rizikem trombózy ( varixy, obezita, snížená pohyblivost). Je Vaši povinností upozornit na výskyt trombóz a embolií v anamnéze, zejména při interním předoperačním vyšetření.

Naše stručná informace jistě není vyčerpávající.

Na všechno, co Vás ve vztahu k plánované operaci zajímá, nebo co považujete za důležité, se prosím zeptejte lékaře, který Vám operaci doporučil.

Ujistíme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s výše uvedeným plánovaným výkonem. Byl(a) jsem informován(a) o možnosti výskytu nežádoucích účinků spojených s tímto výkonem.

Svým podpisem potvrzujete:

1. že jste četl(a) poučení a souhlasíte s výše uvedeným prohlášením
2. že výše uvedené vyšetření nebo léčebný výkon Vám byl srozumitelně vysvětlen Vaším ošetřujícím lékařem, a dostal jste všechny informace, které jste požadoval(a)
3. že dáváte oprávnění a souhlas k vykonání výše uvedeného vyšetřovacího či léčebného výkonu a k případným nutným následným vedlejším zásahům, které se ukáží během tohoto výkonu nezbytnými či prospěšnými
4. že souhlasíte s tím, aby v rámci běžných diagnostických postupů byl odebrán z Vašeho těla biologický materiál, který může být použit pro výzkumné účely
5. že souhlasíte s tím, aby byly Vaše osobní údaje shromažďovány, zpracovávány a uchovávány pro vědecké účely a pro účely prováděného léčení

Uvědomuji si a souhlasím s tím, že informace nebudou poskytovány jiným než mnou uvedeným osobám a nebudou poskytovány telefonicky.

Podpis

.....

**Klientka**  
(hůlkovým písmem)

.....

**datum a čas**

.....

**ošetřující lékař**

**Vyjádření nesouhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným výkonem:**

**Zdůvodnění pokud nemůže toto poučení podepsat:**