



Poučení a souhlas informované pacientky s vyšetřovacími a léčebnými výkony

Identifikační štítek pacientky:

Plánovaný výkon: punctio cystis ovarialis

- laická terminologie: Operace – punkce (nabodnutí) vaječnickové cisty poševní cestou
- lékařská terminologie: Punctio cystis ovarialis

Naše centrum je personálně a technicky vybaven 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.

Poučení o povaze onemocnění, potřebných výkonech a možnosti výskytu nežádoucích účinků:

Jedná se o léčebnou, nebo diagnostickou punkci (nabodnutí) a odsátí obsahu vaječnickové cisty k cytologickému vyšetření.

Výkon se provádí pomocí speciálního zařízení na poševní ultrazvukové sondě, obvykle bez narkózy.

Možné komplikace:

Žádná operace není bez rizika komplikací.

Nejčastěji se může jednat o krvácení během a po operaci nebo zřídka o infekci, která se do operačního pole může dostat přes maximální snahu o aseptický průběh výkonu.

Výjimečně může dojít k neúmýslnému poranění okolních orgánů např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva. Tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu, nebo k opakované operaci.

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. Tyto komplikace nastávají zejména u pacientek s rizikem trombózy (varixy, obezita, snížená pohyblivost).

Je Vaši povinností upozornit na výskyt trombóz a embolií v anamnéze.

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.

Ujišťujeme 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: