

Informovaný souhlas s punkcí cysty na vaječniku vaginální cestou

Identifikace pacientky:

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo / případně číslo pojištěnce:

Kód zdravotní pojišťovny:

Adresa místa trvalého pobytu v ČR:

* pro cizinky místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)

1. Informace o účelu, povaze a předpokládaném přínosu zdravotního výkonu:

Jedná se o léčebnou nebo diagnostickou punkci pod ultrazvukovou kontrolou a odsátí obsahu vaječnickové cysty k cytologickému vyšetření. Výkon se provádí vaginální cestou pomocí speciální jehly obvykle bez narkózy.

2. Možné následky a rizika spojená se zdravotním výkonem:

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 neúmyslnému 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*, tj. vytvoření se krevních sraženin v žilách např. pánevního dna, a *embolie*, tj. zanesení těchto sraženin např. do plic. Tyto komplikace nastávají zejména u pacientek s rizikem trombózy (varixy, obezita, snížená pohyblivost). Je povinností pacientky upozornit na výskyt trombóz a embolií v anamnéze.

3. Poučení, zda navrhovaný zdravotní výkon má jinou alternativu či více alternativ:

Laparoskopické odstranění cysty.

4. Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení zdravotního výkonu:

Po výkonu je pacientka obvykle do 1 hodiny propouštěna z kliniky. Doporučuje se jednodenní klidový režim. Po výkonu může dojít k slabému krvácení z místa vpichu.

Prohlášení pacientky:

- Pacientka stvrzuje, že byla srozumitelným způsobem lékařem v dostatečném rozsahu informována o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a navrhovaných zdravotních výkonech, a to i z hlediska posouzení, zda je navrhovaná péče pro ni nezbytná. Stvrzuje, že byla kromě všeobecného poučení informována i o konkrétních rizicích a nebezpečích navrhovaného zdravotního výkonu spojených s jejím individuálním zdravotním stavem.
- Pacientka prohlašuje, že lékařem pravdivě informovala o všech onemocněních a alergiích, kterými trpí a o jiných významných skutečnostech a zvláštnostech týkajících se jejího zdravotního stavu, o kterých ví, a že žádnou skutečnost, na kterou byla dotazována lékařem při zjišťování zdravotního stavu, nezatajila.
- Pacientka stvrzuje, že byla poučena o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o jejím zdravotním stavu, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace příp. v zákonem předpokládaném případě udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V případě určení osob podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 je o tom sepsán zvláštní písemný záznam.
- Pacientka stvrzuje, že jí bylo lékařem, který jí poučení poskytl, umožněno klást otázky a všechny položené otázky jí byly lékařem srozumitelně zodpovězeny a byla lékařem poučena o svém právu svobodně se rozhodnout, zda udělí souhlas s poskytnutím navrhovaného zdravotního výkonu či nikoli.

Název dokumentu: Informovaný souhlas s punkcí cysty na vaječniku vaginální cestou	Platné od: 1. 1. 2020	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE a.s. – S 18, CRM, příl. D4, vyd. 3	Zpracoval: MUDr. Kristýna Frühaufová, PhD.	Uvolnil: MUDr. Jan Lacheta
		Stránka 1 z 2

9. Pacientka stvrzuje, že všem poskytnutým informacím plně porozuměla, nemá žádné další otázky ani nejasnosti. Po obdržení potřebných informací, po zvážení předpokládaného přínosu a všech rizik a nebezpečí pro své zdraví spojených s navrženým výkonem, **pacientka vyslovuje souhlas s provedením výše uvedeného navrhovaného zdravotního výkonu (tj. s punkcí cysty)** a současně vyslovuje i souhlas s tím, aby byly i bez jejího dodatečného souhlasu provedeny další, zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu jejího života či zdraví a nebude-li možné vyžádat si její další dodatečný souhlas.
10. Pacientka se rovněž zavazuje, že v případě, není-li zdravotní výkon hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uhradit poskytovateli odměnu za provedení zdravotního výkonu dle ceníku, se kterým byla seznámena.

V Praze dne:

Podpis pacientky:

Potvrzuji, že jsem pacientce poskytl shora uvedené informace, zodpověděl veškeré otázky a poskytl vysvětlení týkající se jejího zdravotního stavu a navrhovaného zdravotního výkonu, a to formou a způsobem pacientce zcela srozumitelným.

Jméno, příjmení a podpis lékaře, který provedl poučení:

Zvláštní záznamy lékaře:

Název dokumentu: Informovaný souhlas s punkcí cysty na vaječniku vaginální cestou	Platné od: 1. 1. 2020	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE a.s. – S 18, CRM, příl. D4, vyd. 3	Zpracoval: MUDr. Kristýna Frühaufová, PhD.	Uvolnil: MUDr. Jan Lacheta Stránka 2 z 2