

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu**Exstirpace Bartholiniho cisty****Identifikační údaje pacientky:****Identifikační údaje zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Datum narození:	Datum narození:
Bydliště:	Bydliště:
Kód zdravotní pojišťovny:	Vztah k pacientce:

1. Účel výkonu (očekávání):

Bylo Vám doporučeno odstranění cisty žlázy vchodu poševního.

Vlastní výkon:

Operace se provádí v celkové narkóze. Spočívá v pečlivém vyoperování cisty z 1 - 2 cm dlouhého řezu a následné plastické úpravě.

2. Možná rizika výkonu:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. Další možnou komplikací je možnost vzniku infekce v operačním poli. Včasné nasazení antibiotické léčby téměř vždy zvládne infekci bez následků pro Vaše zdraví. Vzhledem k brzkému vstávání se po výkonu téměř nevyskytují komplikace typické pro velké operace, spojené s delším pooperačním klidem, tj. záněty žil dolních končetin a pánve, které mohou vést k trombóze žil a následné embolizaci plic. Možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy, a budou Vám vysvětleny před operací lékařem-anesteziologem.

3. Možná alternativa výkonu:

Zárok, při kterém se provede naříznutí a vypuštění cisty. Nevýhodou tohoto zákroku je možnost opakovaného vzniku cisty.

4. Ovlivnění pracovní schopnosti, případné omezení dosavadního způsobu života nebo změna zdravotní způsobilosti:

Hojení trvá obvykle asi 2 - 3 týdny. Pobyt v nemocnici bývá obvykle do 1 týdne. Operace nemá následky na menstruační cyklus, na sexuální život nebo možnost otěhotnění a porodu.

5. Léčebný režim, preventivní opatření popř. další navazující výkony a vyšetření:

Při pobytu na našem oddělení a při Vašem léčení jste partnerem lékařů a sester a proto Vás prosíme o spolupráci při Vašem léčení.

V Sokolově dne:

Podpis lékaře:

Prohlášení pacientky: Prohlašuji, že mi byly výše uvedené informace sděleny a vysvětleny a porozuměla jsem jim. Dále prohlašuji, že jsem měla možnost klást lékaři doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny, a souhlasím s provedením výkonu v rozsahu, který lékař v průběhu provedení uzná za nezbytný.

V Sokolově dne:

Podpis pacientky nebo jejího zákonného zástupce: