

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu

Hysteroskopie s abrazi

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):

Pro zjištění možných příčin a odpovídající léčbu Vašich potíží je potřebné vyšetření dutiny děložní. K tomu používáme hysteroskopii a abrazi hrdla a dutiny děložní. Tento výkon lze využít při vyšetření u abnormálního děložního krvácení, při abnormálním ultrazvukovém obrazu dutiny děložní, bolestivých menses, zbytcích po porodu a potratu a u neplodnosti, u polypu sliznice dutiny děložní, při nemožnosti odstranění antikoncepčního nitroděložního tělíska obvyklým způsobem, u děložní přepážky, při nitroděložních srůstech, podslizničních svalových uzlech apod. Podstatou hysteroskopie je prohlédnutí dutiny děložní speciální optikou, případně odběr tkáně nebo ošetření některých změn v dutině děložní. Při abrazi odstraňujeme sliznici hrdla a těla děložního kyretou. Výhodou této operace je možnost operovat pod kontrolou zrakem a možnost cíleného odběru materiálu k vyšetření.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové narkóze, po důkladné dezinfekci rodidel. Přístup k děložní dutině je pochvou. Jedná se o zavedení optické trubice do dutiny děložní přes předem rozšířené hrdlo děložní. Dutina děložní je poté roztažena tlakem speciální tekutiny, která je do dutiny děložní vpravena současně s optickou trubicí. Toto zvětšení dutiny děložní nám umožní lepší přehlednost stěn děložních a možnost operovat v tomto prostoru. Optická trubice je napojena na digitální kameru, pomocí které nejen důkladně prohlédneme oblast dutiny děložní, ale i kanál hrdla děložního. Pod kontrolou kamery pak můžeme provádět drobné diagnostické a operační zákroky, jako například odběr materiálu z místa podezřelého z možnosti zhoubného vývoje k histologickému vyšetření nebo odstraňovat drobné nitroděložní nádory, např. polypy.

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 poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu na laparoskopii nebo hysterektomii. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Tyto komplikace jsou velmi vzácné, vyskytují se nejčastěji při vrozených vývojových vadách vnitřních pohlavních orgánů nebo u zhoubně změněných orgánů. 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 následně embolizaci plic. Výjimečnou komplikací může být infekce, protože operační výkon, jako každá jiná zátěž, snižuje odolnost Vašeho organismu. Infekce může postihnout pohlavní orgány, ale také močové cesty. Projeví se zvýšenými teplotami a bolestmi v podbříšku. Včasně nasazení antibiotické léčby téměř vždy zvládne infekci bez následků pro Vaše zdraví. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny před operací lékařem - anesteziologem.

3. Možná alternativa výkonu:

Klasická kyretáž dutiny děložní, při které ale není možnost operovat pod kontrolou zrakem a možnost cíleného odběru materiálu k vyšetření.

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

Pacientka po zákroku je schopna normálního života již v operační den, nejpozději den následující. Vytvoření nové děložní sliznice trvá obvykle asi 14 dní a bývá spojeno se slabým krvavým výtokem. V této době se doporučuje vyčkat s pohlavním stykem. Pobyť v nemocnici bývá obvykle jeden den.

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: