

Informovaný souhlas pacientky s výkonem

Chirurgická léčba neprůchodné panenské blány

Vážená paní,

vzhledem k tomu, že se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informována.

Na základě klinického vyšetření byla u Vás/Vašeho dítěte zjištěna neprůchodná panenská blána a byla Vám doporučena chirurgická léčba. Chtěli bychom Vám poskytnout informace o plánované operaci, abyste mohla s doporučeným postupem vyslovit souhlas.

Co je discize hymenu:

Vytvoření dostatečného otvoru v panenské bláně tak, aby byl umožněn plynulý odtok menstruační krve a později bezproblémový pohlavní styk.

Alternativy výkonu:

Tato operace nemá alternativu.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Po dobu minimálně 6 hodin před operací nemůžete přijímat tekutiny a stravu. Večer před operací je někdy za potřebí vyprázdnění střev pomocí projímadel a nálevu. O anestézii Vás bude informovat lékař anesteziolog, který Vám může předepsat podání různých tlumících a zklidňujících léků v rámci předoperační přípravy.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V panenské bláně se vytvoří otvor, který se rozšíří a krvácení z jeho okrajů bude stavěno elektrickým nožem nebo ošetřeno vstřebatelným stehem.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Popisovaných komplikací u operace není mnoho. Může dojít k většímu žilnímu krvácení nebo poranění močové trubice a močového měchýře. Poranění močové trubice a močového měchýře je nutno ošetřit a následně odvádět moč cévkou, která je zavedena do močového měchýře. Doba hospitalizace se potom prodlužuje na 10-14 dní. Četnost těchto komplikací je minimální.

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Bezprostředně po operaci je pacientka při nekomplikovaném průběhu 2 hodiny monitorována na operačním sále a poté bude propuštěná do domácí péče. V případě komplikací bude hospitalizována na standardním lůžkovém oddělení.

Identifikační údaje pacientky:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Chirurgická léčba neprůchodné panenské blány

Vysvětlující pohovor provedl:

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informovala ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajila jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacientky, zákonného zástupce, opatrovníka