

Informovaný souhlas pacientky s výkonem

Resutura epiziotomie

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 podkladě klinického vyšetření bylo u Vás zjištěno nekompletní zhojení epiziotomie – nástřihu hráze u porodu. Byla Vám navržena chirurgická léčba. Chtěli bychom Vám poskytnout informace o plánované operaci, abyste mohla s doporučeným postupem vyslovit souhlas.

Co je resutura:

Resutura je opakované sešití poranění.

Alternativa výkonu:

Tato operace nemá alternativu.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Po dobu minimálně 6 hodin před operací nemůžete přijímat tekutiny, stravu a kouřit. 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:

Výkon se provádí v celkové nebo lokální anestézii. Porodní poranění bude ošetřeno a po vrstvách sešito vstřebatelnými stehy.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Popisovaných komplikací u operace není mnoho. Alergická reakce v důsledku podání léčebných látek, či dezinfekčních prostředků je velmi vzácná, nelze ji však vyloučit. Může dojít k většímu žilnímu krvácení s nutností podání krevní transfuze a látek udržujících krevní oběh. Četnost těchto komplikací je minimální. Hojení operačních ran může být komplikováno infekcí, možným sekundárním hojením rány s nutností podávání antibiotik.

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Bezprostředně po operaci budete při nekomplikovaném průběhu 2 hodiny monitorována na operačním sále a poté budete přeložena na standardní oddělení. Na standardním lůžkovém oddělení můžete ihned chodit, jíst a pít. Obvyklé pooperační bolesti trvají 1-2 dny a jsou tlumeny běžnými analgetiky. Doba hospitalizace trvá o 1-2 dny déle.

Identifikační údaje pacientky:

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

| |
|-----------------------------|
| Resutura epiziotomie |
|-----------------------------|

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