**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce****)**

**s operačním výkonem**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacientky:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* laparoskopická sterilizace

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* zabránění otěhotnění

***3. Informace o potřebném léčebném výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

Rozhodla jste se podstoupit operaci, po které ztratíte možnost otěhotnět přirozeným způsobem. Sterilizace je lékařský výkon, který se provádí na vejcovodech. Vejcovody jsou dvě trubice vycházející z děložních rohů a směřující k vaječníku. Ve vejcovodu dochází ke spojení vajíčka a spermie. Sterilizaci je možné provést dvěma způsoby. Za prvé – úplným odstraněním obou vejcovodů, v tomto případě je brán ohled na následně nižší riziko výskytu karcinomu vejcovodu a vaječníku. Za druhé – úplné přerušení obou vejcovodů elektrokoagulací a jejich přestřižením. Případné opětovné zprůchodnění vejcovodů je náročný chirurgický výkon s nízkou úspěšností, který si musíte hradit z vlastních prostředků.

Laparoskopická sterilizace je operační výkon, prováděný v celkové narkóze. Laparoskopie - naplnění dutiny břišní kysličníkem uhličitým pomocí speciální jehly, z malého řezu umístěného v pupku zavedení optického nástroje – laparoskopu do dutiny břišní, zavedení 2 pomocných operačních nástrojů z malých řezů v podbřišku.

 V obou případech výkon nemá vliv na vaši hormonální aktivitu.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

 *zejména*

* krvácení v průběhu operace a v pooperačním období,
* zánětlivé komplikace,
* poranění dělohy, močového měchýře, močovodu, střevní trubice nebo porucha její

 průchodnosti v pooperačním období,

* žilní a oběhové komplikace v pooperačním období,
* změna na otevřenou operaci při komplikacích nemožných řešit laparoskopicky.

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

* nejsou žádná alternativní řešení

***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***

* nepředpokládáme žádná omezení

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 3-5 dní

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti:***

* cca 2 týdny

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* po dobu cca 2 týdnů klidový režim

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* nepředpokládáme změny zdravotní způsobilosti

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:***

* klidový režim, kontrola u ošetřujícího gynekologa

***8. Odpovědi na doplňující otázky pacientky (zákonného zástupce):***

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedenou pacientku (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o jejím zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacientka (zákonný zástupce) byla též seznámena s plánovaným způsobem anestezie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

 **Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacientky:***

Já, níže podepsaná, prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informována o svém zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměla jsem jim a měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu (viz výše), případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělila všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

V Praze, dne……………

 …………………………... ………………………………….

**Podpis pacientky Podpis osoby určené pacientkou, manžela nebo registrovaného partnera, rodiče, jiné osoby blízké**

 **(Zástupný souhlas)**

***Identifikace osoby udělující zástupný souhlas:***

Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .………………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

***Nemůže-li se pacientka podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:***

Jméno a příjmení svědka: ………………………………………………………………………

Důvod nepodepsání souhlasu: …………………………………………………………………..

Způsob, jakým pacientka projevila vůli:………………………………………………………..

V Praze, dne ……………….. **………………………….. ……………………………..**

 **Podpis svědka Podpis a jmenovka lékaře**