

**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce** **pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Abdominální hysterektomie s adnexektomií

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

…………………………………………………………………………………………

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

* Účelem a následkem operace je odstranění dělohy, vejcovodů a vaječníků břišním přístupem.
* Prospěch zákroku spočívá v odstranění zdroje potíží s cílem zvýšení kvality života operované pacientky.
* Řez na břišní stěně bude veden *(doplnit):*
* Výkon je po domluvě s anesteziologem prováděn v celkové či svodné anestézii či v kombinaci celkové a epidurální (místní) anestezie.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

zejména

* krvácení v průběhu operace a v pooperačním období
* zánětlivé komplikace, a to jak v operační ráně, tak v pánvi
* poranění močového měchýře, močovodu, střevní trubice při operaci nebo porucha jejich průchodnosti v pooperačním období
* nezhojení nebo rozestup rány v pooperačním období
* žilní a oběhové komplikace v pooperačním období

***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:***

* Způsob života i pracovní schopnost by po nekomplikované operaci neměly být negativně ovlivněny.

***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 6 -14 dní

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):***

* Pracovní neschopnost cca 6 týdnů po operaci.

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

* klidový pooperační režim, přechodné omezení fyzické aktivity

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* Po odstranění dělohy a vaječníků není možné otěhotnět a mít děti. Jsou-li odstraněny vaječníky před přechodem, nastane umělý přechod, který mohou provázet klimakterické obtíže (návaly horky, změny nálady, suchost sliznic a podobně).

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

* Po dobu 6 týdnů klidový režim, do zahojení rány v pochvě zákaz pohlavního styku. Cca 6 měsíců po operaci není vhodné posilovat břišní svaly, kontrola u ošetřujícího gynekologa po propuštění.

***8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně

provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

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

*Pro zákonného zástupce pacienta:*

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

*Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

V Praze, dne……………

…………………………… NEBO ………………………….....

**Podpis zákonného zástupce pacienta Podpis pacienta [[1]](#footnote-1)\***

***Identifikace zákonného zástupce pacienta:***

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

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

1. \* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta. [↑](#footnote-ref-1)