**Razítko pracoviště**

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

**s operačním výkonem**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Laparoskopická adheziolýza (uvolnění srůstů nitrobřišních orgánů)

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkon***

 ***( event. další doplnění diagnózy podle aktuální indikace):***

* srůsty mezi nitrobřišními orgány, zpravidla po předchozím zánětu v břišní dutině či po předchozí nitrobřišní operaci
* ………………………………………………………………………………………..

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

* 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.
* Prohlédnutí celé břišní dutiny, při nálezu srůstů jejich rozrušení pomocí laparoskopických chirurgických nástrojů, v závislosti na peroperačním nálezu v břišní dutině nelze v průběhu uvolňování srůstu vyloučit potřebu provedení chirurgického zákroku na děloze, vaječnících, vejcovodech či střevní trubici. *V případě jasně patologického nálezu na vejcovodech event. jejich odstranění.*
* Výkon bude proveden v celkové anestezii.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

Předmětný výkon může být spojen zejména s těmito riziky:

* krvácení v průběhu operace a v pooperačním období,
* zánětlivé komplikace,
* poranění močového měchýře, močovodu, střevní trubice při operaci nebo porucha jejich průchodnosti v pooperačním období,
* žilní a oběhové komplikace v pooperačním období,
* riziko změny na otevřenou břišní operaci v případě technické nemožnosti provedení operace nebo v případě vzniku nečekané peroperační komplikace, jejíž vyřešení by vyžadovalo břišní přístup
* *v případě odstranění obou vejcovodů nemožnost spontánního otěhotnění, ale pouze cestou asistované reprodukce.*

***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:***

Zpravidla nepředpokládáme žádná omezení, avšak při nálezu extrémních srůstů v okolí dělohy, vejcovodů a vaječníků není vyloučená nemožnost otěhotnění v budoucnu.

***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 3 - 6 dní

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

* pracovní neschopnost cca 2 týdny

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

* klidový pooperační režim, přechodné omezení fyzické aktivity

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* beze změn

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

* klidový pooperační režim, kontrola u ošetřujícího gynekologa po propuštění

***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) byl 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**