**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

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

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* + - * Hysterektomie s oboustrannou adnexektomií, pánevní lymfadenektomie a laváž břišní dutiny

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

* Nádor děložního těla

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

* Účelem a následkem operace je odstranění dělohy, vaječníků, vejcovodů a mízních uzlin v pánvi, provedení výplachu břišní dutiny a odeslání vypláchnuté tekutiny na cytologické vyšetření. Řez na břišní stěně je veden podélně uprostřed pod i nad pupkem. Výkon je prováděn v celkové anestézii. Prospěch zákroku spočívá v odstranění nádoru dělohy i s lymfatickými uzlinami, v nichž se mohou vyskytovat metastázy tohoto nádoru.

***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 nebo porucha jejich průchodnosti v pooperačním období
* nezhojení nebo rozestup rány v pooperačním období
* žilní a oběhové komplikace v pooperačním období
* otok dolních končetin – lymfedém
* hromadění mízní tekutiny v dutině břišní (lymfocysta)

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

* + nejsou

***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:***

* předem nelze předpokládat

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 2 týdny

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

* 6-8 týdnů

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

* Po odstranění dělohy a vaječníku není možné otěhotnět a mít děti. Doporučuje se omezení zvedání větší zátěže. Jsou-li odstraněny vaječníky před přechodem, nastane umělý přechod, který mohou provázet klimakterické obtíže (návaly horky, změny nálady, suchost sliznic a podobně). Po dobu 6 týdnů klidový pooperační režim. Pracovní neschopnost kolem 6-8 týdnů.

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* nelze předpokládat

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

* Do 6 týdnů je možné zvedat zátěž pouze do 2,5 kg, do půl roku do 5 kg. Po operaci není možní mít pohlavní styk do zahojení rány v pochvě. Půl roku po operaci není vhodné posilování břišních svalů.

***8. Poučení pacienta:***

Pacient má právo se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují.

***9. Záznam o poučení pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi 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.

***10. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

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

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu 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 (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 sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

V Praze, dne……………

 …………………………... ………………………………….

**Podpis pacienta Podpis osoby určené pacientem, 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 pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:***

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

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

Způsob, jakým pacient projevil vůli:…………………………………………………………...

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

 **Podpis svědka Podpis a jmenovka lékaře**