**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

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

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Laparoskopická lymfadenektomie a mapování sentinelových lymfatických uzlin

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

* Nádor děložního hrdla

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

Účelem i následkem operace je odstranění spádových mízních uzlin v léčbě zhoubného nádoru děložního hrdla s cílem zachovat dělohu a vaječníky. Při operaci se podává barvivo (patentová modř) a roztok radioizotopu technecia do děložního hrdla. Laparoskopicky se odstraňují označené sentinelové mízní uzliny, které jsou ihned peroperačně histopatologicky vyšetřeny. Zároveň se odstraňují i ostatní spádové mízní uzliny v pánvi. V případě komplikací je možná změna na otevřenou břišní operaci. Pokud by byla při operaci histopatologicky zjištěna přítomnost metastáz nádoru v mízních uzlinách, bude operace rozšířena, bude proveden podélný řez na břiše pod i nad pupkem a bude odstraněna děloha, její závěsný aparát, oba vaječníky a vejcovody. Prospěch operace spočívá ve snaze o ponechání dělohy a vaječníků, což umožní pacientce zachovat možnost otěhotnění.

***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
* lymfatické otoky dolních končetin a v podbřišku, případné vytvoření lymfocysty (nahromadění mízní tekutiny v dutině břišní)

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

* Alternativou je odstranění dělohy, jejího závěsného aparátu, vaječníků a vejcovodů, včetně pánevních lymfatických uzlin (nevýhodou je nemožnost otěhotnění).

***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:***

* Objeví-li po operaci lymfatické otoky dolních končetin, není doporučeno dlouhé stání a sezení, které je zhoršují. Pokud se odstraní děloha a vaječníky, 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 sliznice genitálu a podobně).

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 7 dnů

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

* 6 -8 týdnů

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

* viz bod 6

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* předem nelze předpokládat

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

* Po dobu 6 týdnů je nutné vynechat pohlavní styk, není vhodné koupání, jen sprchování, nedoporučuje se zavádět do pochvy tampony. Omezení fyzické zátěže po dobu 6 týdnů, dále dle stavu. Není vhodné dlouhodobé stání a zejména sezení.

***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**