**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

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

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Mapování sentinelových mízních uzlin, laparoskopická pánevní lymfadenektomie a laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

***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:***

Operace začíná podáním barviva (patentová modř) a roztoku radioizotopu technecia do děložního hrdla. Účelem operace je odstranění označených mízních uzlin, jejich okamžité histopatologické vyšetření a odstranění mízních uzlin v pánvi - výkon laparoskopickou cestou. Pokud by byla zjištěna přítomnost metastáz nádoru v mízních uzlinách, bude otevřena břišní dutina z podélného řezu nad i pod pupkem a bude provedeno odstranění dělohy, obou vaječníků a vejcovodů. V případě průkazu mízních uzlin bez metastáz nádoru bude provedeno uvolnění dělohy laparoskopickou cestou a poté její odstranění pochvou. V případě zjištění abnormálního nálezu na vaječnících a vejcovodech budou tyto rovněž odstraněny. V případě peroperačních komplikací je možná změna z laparoskopické na otevřenou břišní operaci. Prospěch zákroku spočívá v odstranění nádoru na děložním hrdle i s tkáněmi, 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,
* lymfatické otoky dolních končetin a v podbřišku, případné vytvoření lymfocysty (nahromadění mízní tekutiny v břišní dutině)

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

* Je možné provést odstranění dělohy a závěsného aparátu dělohy, vaječníků a vejcovodů a mízních uzlin břišní cestou. Nevýhodou je delší hojení, hospitalizace a bolestivost.

***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 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 sliznic a podobně).

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 5-7 dnů

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

* 6-8 týdnů

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

* viz výše

***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):***

* Do zahojení operační rány není doporučen pohlavní styk. Nedoporučuje se dlouhé stání. Po dobu 6 týdnů není vhodné koupání, jen sprchování.

***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**