

**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

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

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Přední exenterace pánve

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

* Pokročilý zhoubný nádor pochvy

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

* Účelem i následkem operace je chirurgická revize břišní dutiny s odstraněním dělohy, obou vaječníků, pochvy, močového měchýře a močové trubice s napojením močovodů do náhradního orgánu (tenkého střeva) se zajištěním vyprazdňování tohoto náhradního měchýře přes břišní stěnu. Řez na břišní stěně bude veden podélně mezi pupkem a stydkou sponou a podle potřeby prodloužen nahoru nad pupek. Prospěch zákroku spočívá v odstranění gynekologického zhoubného nádoru i s okolními tkáněmi, které jsou spojené s tímto nádorem.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

zejména

* krvácení v průběhu operace a v pooperačním období,
* zánětlivé komplikace, a to jak v operační ráně, tak i v pánvi,
* poranění střevní trubice nebo porucha její průchodnosti v pooperačním období,
* porucha vyprazdňování náhradního měchýře vytvořeného z tenkého střeva,
* nezhojení nebo rozestup rány v pooperačním období,
* žilní a oběhové komplikace v pooperačním období.

***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:***

* Po odstranění dělohy a vaječníku není možné otěhotnět a mít děti. Bude-li proveden vývod střeva, zůstane natrvalo. Je omezeno zvedání zátěže. Jsou-li odstraněny vaječníky před přechodem, nastane umělý přechod, který mohou provázet klimakterické obtíže (návaly horky, změny nálady, suchost sliznic a podobně). Po odstranění pochvy není možné mít poševní pohlavní styk.

***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 2-3 týdny

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

* minimálně 2 měsíce

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

* 8 týdnů po operaci klidový režim

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* může dojít ke změně zdravotní způsobilosti – přiznání invalidity

***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. Půl roku 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**