



Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

•

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

- Jedná se o operativní porod spočívající v otevření břišní dutiny a dělohy, následném vynětí plodu z dělohy a sešití otvoru v děloze. Nakonec se po vrstvách uzavírá otevřená břišní stěna. Řez na kůži je veden příčně nad stydkou sponou. Operace se provádí v celkové anestézii nebo ve svodném znečítlivění (spinální nebo epidurální anestézie). Operace se provádí při známých předporodních rizicích na straně matky či plodu plánovaně a v akutních situacích vzniklých kdykoli během porodního děje náhle.
- Prospěch této operace spočívá v porození zdravého novorozence v případech, kdy tomu tak není možné přirozenými cestami. Mezi hlavní známé následky císařského řezu patří jizva na děloze po jejím sešití po vyjmutí novorozence a kožní jizva v podbříšku.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Zejména:

- krvácení v průběhu operace a následně v pooperačním období;
- zánětlivé komplikace v operační ráně;
- poranění nitrobřišních orgánů (zejména močový měchýř, močovody, střeva a pánevní cévy);
- poranění plodu při otevírání děložní dutiny a při jeho vyjmutí z dělohy;
- nutnost provedení hysterektomie (vyjmutí dělohy) v případě nezastavitelného krvácení z dělohy během operace;
- žilní (tromboembolie) a oběhové komplikace, a to zejména v pooperačním období;
- anesteziologické komplikace.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní řešení.

5. *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:*

- Nutnost přechodného omezení fyzické aktivity a zátěže související s porodem obecně, dále s krevní ztrátou při operaci a samotným chirurgickým zákrokem a individuálním několikatydenním hojením operační rány.
- Dodržování doporučeného pooperačního režimu.
- Dodržování standardních režimových opatření v průběhu šestinedělí.

Předpokládaná doba hospitalizace: 4 – 7 dní.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): cca 6 týdnů.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nejsou předpokládána.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou předpokládány.

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

- Po operaci při nekomplikovaném pooperačním průběhu 24-hodinová hospitalizace na jednotce intenzivní péče se sledováním vitálních funkcí a poté na lůžkovém oddělení šestinedělí.

Prohlášení lékaře:

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

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jím a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta^{*} /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.