

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY S VÝKONEM KONIZACE A JINÉ OPERACE NA ČÍPKU

Vážená paní,

byla Vám doporučena operace na děložním čípku. Chceme Vám poskytnout informace, které by prohloubily Vaše informace a vědomosti o plánovaném výkonu.

Po předcházejících vyšetření z výsledků vyplývá, že je nutný operační výkon k přesnému určení rozsahu a charakteru onemocnění, nebo plastické úpravě čípku děložního. Jde o výkon diagnostický, ale často i léčebný. Odstraněním postižené části čípku jde i o výkon preventivní. Na základě mikroskopického vyšetření odstraněné části čípku děložního Vám následně bude sdělen další postup.

PRŮBĚH:

Operace se provádí v celkové anestezii. Přístup k děložnímu čípku je poševní cestou po pečlivé dezinfekci. Oblast změněné části čípku se vytne ve tvaru kužele, nebo se odstraní poškozená tkáň čípku. Krvácení se zastaví a čípek se podle potřeby plasticky upraví. Připojí se obvykle seškrabání sliznice z hrdla čípku a dutiny děložní. Odebraná tkáň se odešle na mikroskopické vyšetření.

MOŽNÉ KOMPLIKACE:

Žádný lékař ani pracoviště Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Díky pokroku v medicíně jsou komplikace velmi zřídka. Mezi všeobecné komplikace operačních výkonů patří trombóza (krevní sraženiny v žilách např. dolních končetin), embolie (uzavření žil krevní sraženinou např. v plicích), infekce močových cest. Může dojít ke silnějšímu krvácení z čípku během operace, po operaci, nebo infekci v operačním poli. Může dojít k poškození dělohy, které si může vyžádat rozšíření stávajícího výkonu.

DOPORUČENÍ:

Operace umožní mikroskopické vyšetření odebrané tkáně a posouzení jejich změn. Hojení čípku trvá obvykle 4-6 týdnů, s úplným vyhojením do 2-3 měsíců. Bývá spojeno se zakrvavělým výtokem. Pobyt v nemocnici trvá do jednoho týdne. Při propuštění budete informována o následných kontrolách a pooperační rehabilitaci. Následky operace se neprojevují na menstruačním cyklu, sexuálním životě, možnosti otěhotnění.

Prim. MUDr. Ján Šándor
primář gyn.por.oddělení

Jméno pacientky:.....

Rodné č:.....

Pohovor provedl lékař:.....

Razítko a podpis lékaře:.....

Prohlašuji, že jsem obdržela potřebné informace o operačním výkonu a těmto informacím jsem plně porozuměla. Byla jsem osobně poučena a lékaři, který mi poskytl potřebné informace, jsem měla možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Informacím jsem plně porozuměla a výslovně souhlasím s navrhovaným výkonem. Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

V Rychnově nad Kněžnou dne:.....

Podpis pacientky:.....