

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY S VÝKONEM
KYRETÁŽ - SEPAROVANÁ ABRASE,
ODSTRANĚNÍ POLYPU ČÍPKU**

Vážená paní,

bylo Vám doporučeno snesení sliznice z dutiny děložní, hrdla čípku nebo čípku. Chceme Vám poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu. Účelem je získat tkáň k mikroskopickému vyšetření.

PRŮBĚH:

Operace se provádí v celkové anestezii. Přístup je poševní cestou po pečlivé dezinfekci. Hrdlo čípku je rozšířeno dilatací pro zavedení nástroje - kyrety. Sliznice se seškrábe z hrdla čípku a dutiny děložní šetrně, jen její povrchová část. Polypy na čípku se odstraní i se stopkou.

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 odebraných tkání a posouzení jejich změn, které Vám budou následně sděleny. Hojení trvá asi 14 dní a je spojeno se slabým krvavým výtokem. Pobyt v nemocnici trvá jen několik dní. Při propuštění budete informována o následných kontrolách a pooperační rehabilitaci. Následky operace se neprojevují na menstruačním cyklu, sexuálním životě, možnosti otěhotnění či porodu.

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:.....