

**PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU**

Pacient: _____	R.Č.: _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	Tel.: _____
Plánovaný výkon: <b>REVIZE DUTINY DĚLOŽNÍ</b>	
Oddělení: _____ <b>PORODNÍ SÁL</b> _____	Lékař: _____
Jméno a podpis lékaře: _____	Datum a čas: _____

Vážená paní,

rozhodla jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě přečetla následující informaci a stvrdila svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámila a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamílčujeme žádnou závažnou skutečnost. Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjímáčího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

**Záznam o rozsahu podaných informací****Účel, povaha a předpokládaný prospěch zdravotního výkonu:**

Ze závažných zdravotních důvodů jako je krvácení, zmlklé nevyvíjející se těhotenství, Vám bylo navrženo provedení revize dutiny děložní. Podstatou tohoto výkonu je vybavení obsahu dutiny děložní a její uvedení do původního stavu před objevením se potíží.

Operace se provádí v celkové anestézii. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Obsah dutiny děložní je vybaven kyretou ven. Celý výkon trvá asi 15 minut.

**Následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemohou zaručit ideální a nekomplikovaný průběh výkonu. Všeobecné komplikace provázející operační výkon jako trombóza (krevní sraženina v žilách dolní končetiny), embolie (uzavření cév krevní sraženinou), infekce, se díky pokroku v medicíně, vyskytují velmi zřídka. Je naším přáním, aby u Vás výkon proběhl bez komplikací. I přes pečlivou operační techniku však může dojít k neúmyslnému poškození dělohy. Tato poškození mohou vést k rozšíření či k jinému typu operačního výkonu.

Další možné komplikace mohou nastat při podání narkózy, tyto Vám vysvětlí Váš lékař-anesteziolog.

Vážená paní, tato informace jistě nemůže být vyčerpávající, ptejte se na vše, co Vás ve vztahu k operačnímu výkonu zajímá. Ujistiťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby Vaše operace byla úspěšná.

**Alternativy zdravotního výkonu (pacient má právo si zvolit jednu z alternativ):**

Nejsou.

**Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Výkon neohroží Váš sexuální život, rovněž možnost otěhotnění u fertilních žen je zachováno. Není třeba PN.

**Léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:**

Do menses je vhodné vynechat pohlavní styk a zvýšit hygienu zevních rodidel. Slabé krvácení po výkonu ustává do týdne, měsíčky se dostaví za 4 - 6 týdnů.

Kontrola u svého gynekologa dle doporučení ošetřujícího lékaře. Doba hospitalizace je 1-2 dny.

## Prohlášení pacienta nebo zákonného zástupce

Prohlašuji, že mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny tyto skutečnosti:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

V případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Pacientovi bylo ve smyslu § 2639 Občanského zákoníku podáno vysvětlení, že poskytnutou zdravotní péčí nemusí být vždy dosaženo jím očekávaného léčebného výsledku.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Uherském Hradišti dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hod. \_\_\_\_\_ min.

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacienta (zákonného zástupce)*

\_\_\_\_\_  
*Podpis lékaře*

V případě že se pacient nemůže podepsat:

Důvod: \_\_\_\_\_,

Způsob projevu souhlasu: \_\_\_\_\_,

Jméno a příjmení svědka: \_\_\_\_\_ Podpis svědka: \_\_\_\_\_.