

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem

### Sterilizace

<b>Jméno, příjmení:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Bydliště:</b>	
<b>Číslo zdravotní pojišťovny:</b>	

Vážená paní,  
vzhledem k tomu, že se jako svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informována.

V zájmu zabránění nežádoucího početí jste se rozhodla sama, nebo Vám bylo doporučeno ze zdravotních důvodů, definitivní řešení - sterilizace. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

#### Co je to sterilizace:

Sterilizací se rozumí zdravotní výkon zabraňující plodnosti bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz. Sterilizaci lze provést ze zdravotních důvodů nebo z jiných než zdravotních důvodů. Zdravotními důvody se rozumí takové nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení zdraví nebo života v důsledku těhotenství nebo porodu nebo zdravého vývoje plodu nebo zdraví nebo života budoucího dítěte.

Sterilizace je **trvalé zneplodnění**. Podstatou výkonu je přerušení obou vejcovodů, čímž se zabrání kontaktu ženského vajíčka s mužskou spermií a nedochází k oplození. Po sterilizaci je možné otěhotnět pouze za pomoci umělého oplodnění. Sterilizace nemá vliv na průběh menstruace, hormonální změny, sexuální život ani na Váš zdravotní stav.

Sterilizace ze zdravotních důvodů se provede pacientovi, který dovršil věk 18 let, pokud k provedení sterilizace udělí písemný souhlas. Sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů lze provést pacientovi, který dovršil věk 21 let, nebrání-li jejímu provedení závažné zdravotní důvody, a to na základě jeho písemné žádosti. Žádost je

součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zabránění nežádoucího početí (zdravotní či osobní důvody).

#### Alternativy výkonu:

Sterilizace jakožto **trvalé** zneplodnění nemá t. č. alternativu.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informována po přijetí na oddělení.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Tato operace se provádí:

- ✓ Klasicky (laparotomicky), většinou v prvních třech dnech po spontánním porodu, kdy se v celkové narkóze provede krátký řez těsně pod pupkem,
- ✓ laparoskopicky tj. minimálně invazivně,
- ✓ v odůvodněných případech je po splnění zákonných podmínek možné provést sterilizaci i při porodu císařským řezem, a to na základě Vaší předchozí písemné žádosti.

Ve všech případech se vizualizují vejcovody, které jsou následně uzavřeny a přerušeny.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý zákrok i tento výkon je spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

##### Během výkonu:

- krvácení či poškození okolních orgánů (např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva), což může vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu,
- komplikace z podání narkózy Vám budou vysvětleny den před operací lékařem-anesteziologem.

##### Po výkonu:

- krvácení v operační ráně či v břišní dutině,
- poruchy funkce trávicího ústrojí (špatný odchod plynů, stolice, zvracení),
- alergie na léky nebo dezinfekční roztok – kopřivka se svěděním kůže,
- infekce rány,
- vznik keloidní jizvy (porucha hojení).

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Ve výjimečných případech se může stát, že Váš organismus obnoví průchodnost vejcovodů a dojde k otěhotnění. Proto se při vynechání měsíčeků, které trvá víc jak

měsíc, nechejte vyšetřit svým gynekologem. Opakujeme, že jde skutečně jen o výjimky.

#### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po prodělaném výkonu budete odvezeni z operačního sálu na standardní pokoj GPO. Pooperační bolesti bývají minimální a trvají obvykle 1-3 dny, bezprostředně po operaci se mohou objevit bolesti v podžebří šířící se do ramen, jako následek nafouknutí dutiny břišní plynem během laparoskopie. Běžně po 2hodinách je možné přijímat tekutiny, později i pevnou stravu (dle ordinace lékaře). Stehy po operačním výkonu mohou být odstraněny po 5-10 dnech.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

#### **Předpokládaný prospěch výkonu – trvalý následek:**

Zabránění nežádoucího početí.

Byla jsem svým ošetřujícím lékařem poučena o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a. s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byla jsem poučena, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby: ANO  NE

#### **Doplňující údaje lékaře:**

.....

**Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně informována o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měla jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.**

**Jsem si vědoma toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Pokud dojde k situaci uvedené v předchozí větě, souhlasím s rozšířením původního výkonu či provedením nového výkonu ve smyslu předchozí věty. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.**

**Jsem srozuměna s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.**

**Datum:** .....

**Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):**.....

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestézie/sedace byl seznámen lékařem - anesteziologem.**

**Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.**

**Datum:**.....

**Jméno lékaře:** .....**Podpis:** .....

**Datum:**.....

**Jméno svědka:**.....**Podpis:** .....