

Punkce cisty na vaječniku vaginální cestou

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážená paní,

byla Vám doporučena punkce cisty na vaječniku vaginální cestou. Chtěl bych Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Operační postup:

Podstatou operace je cílená punkce vodnatého obsahu tenkou jehlou z dutiny cisty a vaječniku nebo vejcovodu a následné cytologické vyšetření vypunktované tekutiny.

Vlastní operační výkon:

Při nekomplikovaném průběhu výkonu je pacientka po celou dobu hospitalisována na gynekologickém oddělení. Klíový režim po výkonu je cca 3 hodiny. Poté pacientka vstává s dopomocí sestry. Doba hospitalizace většinou 1-2 dny.

Alternativa výkonu je operační laparoskopie - bude Vám vše pečlivě vysvětleno lékařem při příjmu.

Operace se provádí v celkové anestezii, poté se zavádí do pochvy kovový troakár s jehlou, jehla se po vpíchnutí do cisty odstraní a troakarem vypouštíme tekutiny v cystě.

Komplikace:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkon jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. "trombóza" (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli. Protože se jedná o drobný operační výkon, jsou závažnější komplikace vzácné. Může dojít ke krvácení z místa odebraných vzorků, event. zánětlivé komplikaci po výkonu. Někdy může dojít k poranění vnitřních orgánů dutiny břišní, nejčastěji střevních kliček. Nelze vyloučit zavlečení infekce do dutiny břišní. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám v případě zájmu vysvětleny lékařem anesteziologem.

Jako při každém podávání léků není vyloučena ani alergická reakce na podávaná léčiva.

Možné následky výkonu:

Operace umožní cytologické a vyšetření odebrané tekutiny a posouzení jejich změn. Hojení trvá obvykle asi 7 dní a bývá spojeno se slabším krvácením.

Vážená paní,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu zajímá.

Punkce cysty na vaječniku vaginální cestou

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.

PROSÍM, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!

Přejeme Vám co nejkratší a ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,
pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo
pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Punkce cysty na vaječniku vaginální cestou

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!