

## Revize dutiny děložní

Poj.:

Strana 1 / 4

DG:

C.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 klientko,

Výsledky předchozích vyšetření odhalily poruchu vývoje těhotenství nebo u vás došlo k neúplnému potratu těhotenství. Z důvodu prevence následných komplikací (zánět dutiny děložní, kalcifikace těhotenství, silné či dlouho trvající krvácení...) Vám bylo doporučeno vyčištění dutiny děložní.

Zárok se provádí z důvodu odstranění dále se nevyvíjejícího těhotenství nebo k odstranění zbytků těhotenství z dutiny děložní.

### Režim pro pacienta před výkonem:

U pacientek užívajících léky s antikoagulačním účinkem (Wartarin) je třeba po konzultaci s praktickým lékařem tyto léky vysadit nebo přechodně nahradit jinými léky (nizkomolekulární heparin v injekční formě). U pacientek užívajících léky na ředění krve tzv. antiagregancia (např. Godasal, Anopyrin, Stacyl) je třeba 7 dní před zákrokem tyto léky vynechat.

Pokud se výkon provádí v celkové anestézii, nesmíte minimálně 2 hodiny před zákrokem pít a minimálně 6 hodin před zákrokem nesmíte jíst.

### Postup výkonu:

Operace se zpravidla provádí v celkové anestézii. O rizicích anestézie budete informována anesteziologem. Operační režim probíhá v naprosté většině případů v režimu jednodenní chirurgie, to znamená, že příjem k operaci, vlastní operační zákrok a následné propuštění se uskuteční během jednoho dne. Výjimečně je indikováno setrvání v hospitalizaci po dobu několika dnů.

Před instrumentální revizí dutiny děložní je nejprve nutno rozšířit vstup do dutiny děložní speciálními nástroji - dilatátory. Následně je do dutiny děložní přes pochvu a děložní hrdlo zavedena kanyla, kterou se odsaje obsah dutiny děložní. Závěrem se zkontroluje úplnost odstranění plodu a plodových obalů kyretou. Materiál odebraný při výkonu se odešle k histologickému zpracování.

### Rozšíření výkonu:

V případě komplikací (poranění dutiny děložní, silné krvácení z děložní stěny) je mnohdy nutné doplnit laparoskopické či laparotomické vyšetření dutiny břišní. V tomto případě předpokládá lékař Váš souhlas s takovýmto rozšířením operace.

### Komplikace výkonu:

I přes největší opatrnost může ojediněle během a po zákroku dojít ke komplikaci, která Vás může ohrozit na životě a je nutné ji řešit dalšími lékařskými opatřeními či další operací. Předchozí onemocnění či individuální odchylky od normy mohou tyto komplikace podporovat. Nejčastější komplikace jsou:

## Revize dutiny děložní

Poj.:

Strana 2 / 4

DG:

C.chorobopisu:

- 1) Poranění nebo propíchnutí stěny děložní, popřípadě sousedících orgánů (střevo, močová trubice, močový měchýř, močovod, cévy). K přesnému zhodnocení poranění je někdy nutno provést břišní operaci (laparoskopii či klasickou břišní operaci pomocí břišního řezu) ve velice výjimečných případech s nutností vytvoření umělého vývodu střeva před stěnu břišní. V určitých případech je nutno operaci zajistit podáním antibiotik.
  - 2) Ve výjimečných případech může dojít k patologické komunikaci mezi orgány (píštěle), které si následně vyžádají další operační řešení.
  - 3) Silné krvácení je velmi vzácné a je často ihned rozpoznáno a zastaveno. Může dojít k tomu, že krvácení neumožní dokončení již rozdělaného zákroku. V extrémně vzácných případech je nutné krvácení vyřešit laparoskopickou či klasickou břišní operací, při níž může být nutno podvázat přírodní cévy k děloze či dokonce dělohu odejmout. Silné krvácení se může ukázat i několik dnů po provedené operaci. Pokud si velikost krevní ztráty vyžádá podání krevních derivátů, může ve zcela ojedinělých případech dojít k přenosu nevyléčitelného onemocnění (hepatitida B, C, HIV) od dárce krve do Vašeho organismu.
  - 4) Trombóza/embolie: při ucpání cévy krevními shluky může dojít k těžkému poškození organismu (ucpání cévy, plicní embolie, mozková mrtvice, srdeční infarkt). Tato komplikace si může vyžádat další operační či medikamentózní řešení.
  - 5) Alergie (na latex, léčiva, další látky) může vyvolat kolaps krevního oběhu s nástupem šoku organismu s následkem těžkého postižení orgánů či smrti.
  - 6) Občas může dojít k pocitu bolesti břicha či podbříšku. Tato komplikace velmi brzy ustupuje.
  - 7) Vzácně může dojít k nakupení krve nebo tekutiny v dutině děložní (nematometra, serometra). Tato komplikace si může vyžádat další operační řešení.
  - 8) Záněty dutiny děložní, vejcovodů a vaječníků, močového měchýře či dutiny břišní. Tyto komplikace se mohou projevit i několik dnů po provedeném zákroku a vyžádají si následnou antibiotickou léčbu. Někdy je nutno pacientku léčit v nemocnici. Zánětlivé postižení vejcovodů a dělohy může způsobit následnou nemožnost otěhotnění.
  - 9) Zcela vzácně se po zákroku mohou vyskytnout poruchy menstruačního cyklu.
  - 10) Snížená uzavírací schopnost hrdla děložního s následným sklonem k potratům či předčasným porodům.
  - 11) Vytvoření srůstů v dutině děložní s následnou nemožností otěhotnění - Ashermannův syndrom. Tato komplikace si vyžádá rozrušení těchto srůstů pomocí hysteroskopie.
  - 12) Kožní, tkáňové či nervové poškození, které je způsobeno polohováním k operaci se vyskytuje velice zřídka. Komplikace může vyústit ve vytvoření jizvy, poruše funkce či citlivosti části těla.
- Prosíme, zeptejte se na vše, co Vám není jasné nebo co byste chtěla více upřesnit.

### Uspěšnost zákroku:

V naprosté většině případů dojde k úplnému odstranění těhotenství.

### Režim pacienta po výkonu:

Pokud je Vaše krevní skupina Rh negativní, bude Vám po zákroku aplikována vakcína, která zabrání možnosti komplikací v dalším těhotenství (reakce matky proti plodu při Rh inkompatibilitě).

Při bolestech břicha, teplotách a silném krvácení navštivte svého lékaře či naši ambulanci.

Během prvních dnů nepoužívejte tampóny a minimálně 4 týdny se vyhněte pohlavnímu styku.

Při ambulantním provedení zákroku doporučujeme, aby Vás při odchodu vyzvedla další osoba. Následných 24 hodin po zákroku může být ovlivněna rychlost Vašich reakcí - proto nesmíte řídit motorová vozidla, pracovat ve výškách a vykonávat jiné nebezpečné aktivity. Zpravidla za 2 týdny po vyšetření je nutná kontrola u Vašeho gynekologa k pooperační kontrole.

### Alternativy výkonu:

Medikamentózní vyvolání potratu.

### Prohlášení o informovaném souhlasu:

## Revize dutiny děložní

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

C.chorobopisu:

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 pro plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, což 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

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:

---

Revize dutiny děložní

Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

C.chorobopisu:

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

-----  
podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!