NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU

ZAZNAM POHOVORU S LEKAREM

Motto nemocnice: Člověk je zrozen k vzájemné pomoci. L. A. Seneca

Hysterosalpingografie

Poj.:
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 a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážená klientko,

Z důvodu objasnění příčin nemožnosti otěhotnění (nebo při podezření na vrozenou vývojovou dělohy) Vám byla doporučena hysterosalpingografie. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu. Jedná se o vyšetření, které se v současnosti pro jeho omezenou výpovědní hodnotu příliš nevyužívá.

Diagnostický postup:

Podstatou je zjištění průchodnosti dutiny děložní a obou vejcovodů, rovněž zjištění některých vrozených vývojových vad dělohy podáním rentgen kontrastní látky a následného rentgenového vyšetření.
Alternativa výkonu je laparoskopický přístup do dutiny břišní - bude Vám vše pečlivě vysvětleno lékařem při příjmu.

Vlastní výkon:

Vyšetření se neprovádí v celkové anestezii, jen po aplikaci analgetické látky do organismu žilní nebo nitrosvalovou injekcí, poté se zavede do dělohy úzkou hadičkou či speciální tzv. Schultzeho kanylou kontrastní látka a následně se rentgenovým snímkem zjistí její průchodnost a průchodnost vejcovodů. Výkon se provádí vždy jen v první polovině menstruačního cyklu.

Komplikace:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Protože se jedná o drobný diagnostický výkon, jsou závažnější komplikace vzácné. Může dojít ke krvácení z pochvy a dělohy, event. zánětlivé komplikaci po výkonu, které jsou minimalizovány aplikací antibiotik těsně před výkonem.
Jako při každém podávání léků není vyloučena ani alergická reakce na podávaná léčiva a kontrastní látku. Po výkonu může vzniknout zánět vejcovodů a vaječníků, který může způsobit neplodnost. Při těžkém průběhu může dojít k rozšíření zánětu do celé dutiny břišní s následkem septického šoku. Pokud jste v čase provádění výkonu těhotná, může podaná dávka rentgenového záření způsobit potrat, nebo vznik těžkých vývojových vad plodu. Poranění nitrobřišních orgánů při výkonu si může vyžádat akutní operační řešení.

Režim pacienta před výkonem:

Sest hodin před výkonem nesmíte jíst a dvě hodiny před výkonem nesmíte pít.

Režim pacienta po výkonu:

Týdenní pohlavní abstinence ke snížení pravděpodobnosti pánevního zánětu.

Možné následky výkonu:

pouze vzor, nevyplnujte!

Hysterosalpingografie

Krvácení a zánětlivé komplikace - viz výše.

Alternativy výkonu:

Zhodnocení nálezu v děloze a dutiny břišní pomocí kamery. Tento operační postup umožní i současné řešení odhalených abnormalit. Ultrazvuková hysterosalpingografie – na našem pracovišti se neprovádí.

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

pouze vzor, nevyplnujte!

Hysterosalpingografie

Poj.:
DG:
C.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, nevyplnujte!