

POUČENIE A PÍ SOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTKY S VÝKONOM HYFOSY (HYSTEOSALPINGOFOAM SONOGRAFIA)

Vážená pacientka,

na základe predchádzajúcich vyšetrení Vám bol navrhnutý gynekologický zákrok – **HYFOSY**, t. j. ultrazukové (sonografické) vyšetrenie, pomocou ktorého sa zisťujú kontúry dutiny maternice a priechodnosť vajíčkovodov. Toto vyšetrenie sa vykonáva pomocou sterilného inertného gélu.

Hyfosy je bezpečné a dobre tolerované vyšetrenie. **Nevyžaduje hospitalizáciu ani použitie celkovej anestézie**, RTG žiarenia ani kontrastnej látky s obsahom jódu.

Príprava na vyšetrenie

Vyšetrenie sa vykonáva po skončení menštruácie, v prvej polovici menštruačného cyklu (t. j. cca 6.-12. deň cyklu) Ak pacientka užíva hormonálnu antikoncepciu , vyšetrenie je možné urobiť ktorýkoľvek deň cyklu, mimo menštruačného krvácania.

Pacientka si **jednu hodinu pred plánovaným zákrokom** podá lieky podľa pokynov lekára:

Priebeh vyšetrenia

Vyšetreniu predchádza dezinfekcia vonkajších rodidiel, pošvy a krčka maternice. Po dezinfekcii sa cez kanál krčka maternice vsunie do dutiny maternice tenký katéter. Cez katéter sa vstrekuje inertný kontrastný gél. Jeho prítomnosť v dutine maternice, vo vajíčkovodoch a následne v malej panve sa sleduje pomocou ultrazukového prístroja. Výsledok vyšetrenia je k dispozícii ihneď, najlepšia je interpretácia nálezu priamo v priebehu vyšetrenia.

Možné komplikácie

- Riziko zápalu maternice/ orgánov malej panvy – aby lekári predišli zaneseniu choroboplodných zárodkov do dutiny maternice, dbajú na dôkladnú dezinfekciu počas výkonu. Aby sa predišlo vzniku infekcie, pacientka preventívne užije pred zákrokom a po zákroku antibiotiká ordinované lekárom Sanatória Helios. Pokiaľ lekár v úvode výkonu zistí známky zápalu v pošve, vyšetrenie nie je možné vykonať. Pacientka bude preobjednaná na iný termín (po vaginálnej liečbe).
- Ťažkosti so samotnou realizáciou vyšetrenia a interpretáciou výsledkov môžu nastať pri zúženom cervikálnom kanáli, spazme tubárnej svaloviny a pod. U obéznych pacientok je limitovaná echogenita.
- Približne u 5% pacientok môže byť vyšetrenie sprevádzané miernymi bolesťami ako pri menštruácii.

Názov dokumentu	IS-GYNM-060 Poučenie a písomný informovaný súhlas pacientky s výkonom HYFOSY		Číslo verzie/zmeny	02/00
Autor:	MUDr. Katarína Starovecká <small>meno, podpis a dátum spracovania</small>		Dátum schválenia / platí od:	08.04.2019/ 08.04.2019
Preskúmal:	MUDr. Martina Culbová, PhD.	Schválil:	MUDr. Peter Krajkovič <small>meno, podpis</small>	STRANA 1 (CELKOM 2)

Odporúčania po zákroku

Niekoľko dní po zákroku odporúčame dodržiavať nasledujúce hygienické zásady:

- Sprchovať sa (nekúpať sa vo vaní ani v bazénoch)
- Nepoužívať pošvové tampóny
- Dodržiavať pohlavnú abstinenciu
- Pri akýchkoľvek ťažkostiach po vyšetrení, napríklad horúčke, silnom krvácaní, bolestiach...kontaktujte lekárov nášho centra (0907/763153).

Dolu podpísaná pacientka potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi ktorý ma vyšetril som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajila žiadne vážnejšie ochorenie pre ktoré som sa v minulosti liečila, prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som bola počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaná o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, ako aj o možných následkoch a rizikách spojených s navrhovanou starostlivosťou. Bola som poučená o tom, že zákrok nie je hrazený zdravotnou poisťovňou.

Bola som tiež poučená o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku, a boli zodpovedané všetky moje doplňujúce otázky, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojim podpisom potvrdzujem **súhlas s realizáciou vyšetrenia Hyfosy**.

Meno a priezvisko pacientky:

Rodné číslo:

V Martine, dňa: podpis pacientky:

Pečiatka a podpis lekára, ktorý pacientke podal informácie:

Pacientka súhlasí s tým, že svedkom pre overenie platnosti podpisu je poverený zamestnanec Sanatória Helios SK, s. r. o.

V Martine, dňa: Svedok podpisu (meno a podpis):

Názov dokumentu	IS-GYNM-060 Poučenie a písomný informovaný súhlas pacientky s výkonom HYFOSY		Číslo verzie/zmeny	02/00
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Katarína Starovecká 28.01.2019		Dátum schválenia / platí od:	08.04.2019/08.04.2019
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Martina Culbová, PhD.	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	STRANA 2 (CELKOM 2)