

Informovaný súhlas pacientky s operačným výkonom**REVÍZIA DUTINY MATERNICE**

Vážená pani, na základe predchádzajúcich vyšetrení Vám bol navrhnutý gynekologický zákrok - revízia dutiny maternice.

REVÍZIA DUTINY MATERNICE:

Revízia je inštrumentálne vyčistenie dutiny maternice po neúplnom spontánnom potrate alebo v prípade, keď sa tehotenstvo nevyvíja. Operácia sa vykonáva v celkovej anestézii. Prístup k dutine maternice je cez pošvu. Po sondácii dutiny maternice a eventuálnom rozšírení / dilatácii / kanálu krčka maternice je obsah dutiny maternice odstránený odsátím. Doba trvania výkonu je cca 10 minút.

K zákroku je nutné mať doklad o krvnej skupine. Pokiaľ je skupina Rh faktor negatívna, a je tu v budúcnosti želanie ďalšieho tehotenstva, potom je nutná aplikácia injekcie nazývanej Rhesonativ, ktorá zabráňuje vytváraniu protilátok v organizme matky, ktoré by mohli v ďalšom tehotenstve ničiť červené krvinky plodu.

Dôsledky operácie:

Predpokladaná doba sledovania je pri nekomplikovanom priebehu minimálne 2 hodiny. O dĺžke hospitalizácie rozhoduje lekár po zvážení stavu (interné choroby, laboratórne vyšetrenie, Váš aktuálny zdravotný stav atď.) Po operácii je odporúčaná rekonvalescencia cca 3-5 dní. Na dobu rekonvalescencie Vám môže byť vystavené odporúčenie na vystavenie pracovnej neschopnosti (samotnú PN vystaví Váš lekár). Najmenej 14 dní po výkone by ste mali dodržiavať pohlavnú abstinenciu a zvýšenú hygienu vonkajších rodidiel. Slabé krvácanie (špinenie) po výkone prestáva do týždňa. Ak máte zachovaný menštruačný cyklus, prvé krvácanie po výkone sa dostaví o 4-6 týždňov.

Možné komplikácie:

Pri výkone revízie dutiny maternice môže dôjsť:

- k neúplnému odstráneniu zvyškov plodového vajca a následne k pretrvávajúcemu krvácaniu, bolestiam podbruška, prípadne zápalovým komplikáciám. V takom prípade je nutné dočistenie dutiny maternice vykonaním opakovanej revízie v krátkej anestézii a podanie antibiotík.
- k poraneniu steny maternice s následným krvácaním, ktoré je nutné operačne ošetriť rezom cez prednú brušnú stenu alebo laparoskopicky. Pri tomto operačnom zákroku ide o ošetrenie poranenia. Výnimočne sa však nemožno vyhnúť ani odstráneniu celého poraneneho orgánu.
- výnimočne, obzvlášť pri komplikovanom výkone (obezita, zrasty, anatomické odchýlky), k neúmyselnému poraneniu okolitých orgánov (močový mechúr, močová rúra, močovody, hrubé a tenké črevo, nervy, cievy); tieto poranenia môžu viesť k rozšíreniu pôvodného operačného výkonu alebo aj k opakovanej operácii.

INFORMÁCIE A ODPORÚČANIA PRI ZÁKROKU V CELKOVEJ ANESTÉZII

Pre hladký priebeh zákroku rešpektujte prosím nasledovné odporúčania:

- Deň pred zákrokom jedzte iba ľahko stráviteľnú stravu.
- Od polnoci nesmiete jesť a piť (ani žuvačka, ani cukrík).
- Pokiaľ pravidelne užívate lieky, môžete ich zapíť dúškom čaju alebo vody najneskôr 3 hodiny pred zákrokom.
- Aspoň 12 hodín pred zákrokom nefajčite a nepite alkohol.
- Prosíme o depiláciu (oholenie) vonkajších rodidiel
- Odporúčenie na vystavenie pracovnej neschopnosti Vám na požiadanie vystavíme.
- Pokiaľ čomukoľvek nerozumiete, požiadajte ošetrojúceho lekára o podrobné vysvetlenie.
- Zaistite si vopred sprevádzajúcu osobu na cestu domov.

Názov dokumentu	IS-GYNMT-001 Revízia dutiny maternice		Číslo verzie/zmeny	02/01
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Katarína Starovecká 17.10.2021		Dátum schválenia / platí od:	01.12.2021
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Martina Culíbová, PhD.	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	

STRANA 1 (CELKOM 3)

Príjem na operačný zákrok je o 7:00 – 7:30 hod. (pokiaľ lekár neurčí inak). Vezmite si so sebou doklad totožnosti, nočnú košeľu, biele ponožky, prezuvky, menštruačnú vložku, a veci osobnej hygieny. Prineste taktiež podpísaný tento informovaný súhlas, anesteziologický dotazník + súhlas, výsledky interného predoperačného vyšetrenia. Ošetrojúceho lekára, prosím, upozornite na Vaše ochorenia, hlavne srdca, pľúc, pečene, obličiek a krvi, ďalej ktoré lieky neznášate, na ktoré ste alergická a aké lieky pravidelne užívate.

Odporúčania na dobu po zákroku:

- 24 hodín po zákroku nie je vhodné byť doma sama.
- Rovnako po dobu 24 hodín nesmiete viesť motorové vozidlo ani vykonávať inú činnosť vyžadujúcu vysokú sústredenosť.
- Po zákroku jedzte a pite len malé množstvá a užívajte len lieky odporúčané lekárom.
- Alkohol nepite 24 hodín po anestézii.

Odporúčame niekoľko dní až týždňov dodržiavať nasledovné hygienické zásady:

- iba sa sprchovať,
- nekúpať sa vo vani ani v bazénoch,
- nepoužívať tampóny, často si meniť vložky,
- nevykonávať namáhavú prácu,
- dodržiavať pohlavnú abstinenciu,

Nasledujúce mesiace dodržiavať rady lekára o ďalšej liečbe a kontrolách.

Pri akýchkoľvek ťažkostiach po zákroku, napríklad horúčke, silnom krvácaní, bolestiach, dýchavičnosti, vracaní a pod., sa dostavte, najlepšie po telefonicknej konzultácii – tel. číslo **043/427 12 01** do ambulancie nášho zdravotníckeho zariadenia.

Naša stručná informácia iste nie je vyčerpávajúca. Na všetko, čo Vás vo vzťahu k plánovanej operácii zaujíma, alebo čo považujete za dôležité, sa prosím opýtajte lekára. Uistujeme Vás, že celý tím nášho centra pracuje tak, aby Vaša operácia prebehla bez komplikácií. Následne potvrdíte svojím podpisom, že ste vysvetleniu a odporúčeniu porozumeli a zákrok i anestéziu žiadate. Svojim podpisom potvrdzujem, že som bola poučená zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku. Poskytnutým informáciám som porozumela a mala som príležitosť klásť otázky na ktoré som dostala odpovede. Týmto v zmysle § 6 ods. 4 zákona 576/2004 Z. z. súhlasím so základnými diagnostickými a liečebnými postupmi, o ktorých som bola poučená a som si vedomá, vzhľadom na môj súčasný zdravotný stav, vplyvu poskytnutia uvedenej zdravotnej starostlivosti na ďalší spôsob môjho života. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že som mala možnosť a dostatočný čas sa slobodne rozhodnúť pre informovaný súhlas a všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé. Podpisom tohto súhlasu udeľuje pacientka v súlade so zákonom 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov, súhlas so spracovaním všetkých poskytnutých osobných údajov Sanatóriu Helios SK, s.r.o.

Meno pacientky (paličkovým písmom):

.....

Rodné číslo:

.....

Informačný pohovor vykonal:

.....

pečiatka a podpis lekára

Názov dokumentu	IS-GYNMT-001 Revízia dutiny maternice		Číslo verzie/zmeny	02/01
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Katarína Starovecká 17.10.2021		Dátum schválenia / platí od:	01.12.2021
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Martina Culíbová, PhD.	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	

STRANA 2 (CELKOM 3)



Komu možno podať informácie o Vašom zdravotnom stave a v akom rozsahu? Uveďte meno a telefón na kontaktnú osobu (ak si neželáte uviesť kontaktnú osobu, preškrtnite).

Meno a priezvisko kontaktnej osoby:

Telefón:

Prehlasujem, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií, vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších zákrokov nutných k záchrane môjho života alebo zdravia, súhlasím s tým, aby boli vykonané všetky potrebné a neodkladné výkony k záchrane môjho života alebo zdravia.

V Martine, dňa

.....
podpis pacientky

SÚHLASÍM, ABY BIOLOGICKÝ MATERIÁL ZÍSKANÝ V PRIEBEHU OPERAČNÉHO VÝKONU BOL ODOSLANÝ NA HISTOLOGICKÉ VYŠETRENIE.

V Martine, dňa

.....
podpis pacientky

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 priezvisko, podpis

Názov dokumentu	IS-GYNMT-001 Revízia dutiny maternice		Číslo verzie/zmeny	02/01
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Katarína Starovecká 17.10.2021		Dátum schválenia / platí od:	01.12.2021
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Martina Culbová, PhD.	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	