



Informovaný súhlas pacientky s operačným výkonom

KYRETÁŽ KANÁLA KRČKA MATERNICE

(event. odstránenie polypu krčka maternice)

Vážená pani,

na základe výsledkov vyšetrení Vám bol odporúčaný gynekologický zákrok - kyretáž kanála krčka maternice. Chceli by sme Vás bližšie informovať o plánovanom výkone.

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.**

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, anestéziologický 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 trvale užívate.

Vlastný operačný výkon:

V celkovej anestézii Vám vykonáme zákrok pri ktorom sa odoberá sliznica z hrdla maternice, prípadne sa z neho odstraňujú slizničné výrastky. Tento materiál sa odosiela na histologické vyšetrenie.

Dôsledky operácie:

Výkon je možné za celkom presných a vopred daných podmienok vykonať ambulantne, tzn., že budete môcť po krátkom odpočinku a kontrole Vášho stavu lekárom odísť po 2 hodinách. O tom, či výkon bude zrealizovaný ambulantne alebo s krátkodobou hospitalizáciou rozhoduje lekár po zvážení všetkých okolností, obzvlášť Vášho zdravotného stavu. Po operácii je nutná rekonvalescencia potrebná na úplné zahojenie v trvaní 2-5 dní. Na dobu rekonvalescencie je možné vystaviť odporúčanie na vystavenie pracovnej neschopnosti. Najmenej 7-10 dní po výkone by ste mali dodržiavať pohlavnú abstinenciu a zvýšenú hygienu vonkajších rodidiel, slabé krvácanie (špinenie) po výkone prestáva do týždňa.

Možné komplikácie:

Žiadny operačný zákrok nie je úplne bez rizika. Aj napriek veľkej opatrnosti a starostlivosti môže počas operácie dôjsť ku komplikáciám, ktoré sú našťastie vo veľkej väčšine dobre rozpoznateľné a dobre riešiteľné. Počas operácie môže dôjsť:

- k silnému krvácaniu s nutnosťou podať lieky proti krvácaniu, príp. transfúziu krvi.
- poranenie steny hrdla maternice s následným krvácaním.
- ďalšie možné komplikácie môžu vzniknúť pri podaní anestézie; bližšie informácie Vám poskytne pred operáciou priamo lekár - anestéziológ.

Názov dokumentu	IS-GYNMT-061 Kyretáž kanála krčka maternice		Číslo verzie/zmeny	01/00
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Martina Culbová, PhD. 17.10.2021		Dátum schválenia / platí od:	09.12.2021
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Katarína Starovecká	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	STRANA 1 (CELKOM 3)



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.

Niekoľko dní až týždňov po zákroku odporúčame dodržiavať nasledovné hygienické zásady:

- iba sa sprchovať,
- nekúpať sa vo vani ani v bazénoch,
- nepoužívať pošvové tampóny,
- nevykonávať ťažkú prácu,
- dodržiavať pohlavnú abstinenciu.

Pri akýchkoľvek ťažkostiach po zákroku, napríklad horúčke, silnom krvácaní, bolestiach sa dostavte, najlepšie po telefonicknej konzultácii – tel. číslo **043/42712 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 potvrdte 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:

RČ:

Plánovaný rozsah operácie:

Podpis pacientky:

Informačný pohovor vykonal:

pečiatka a podpis lekára

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

Meno a priezvisko kontaktnej osoby:

Telefón:

Názov dokumentu	IS-GYNMT-061 Kyretáž kanála krčka maternice		Číslo verzie/zmeny	01/00
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Martina Cul'bová, PhD. 17.10.2021		Dátum schválenia / platí od:	09.12.2021
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Katarína Starovecká	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	STRANA 2 (CELKOM 3)



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, spol. s r.o.

V Martine dňa

Svedok podpisu:

.....

meno a priezvisko, podpis

Názov dokumentu	IS-GYNMT-061 Kyretáž kanála krčka maternice		Číslo verzie/zmeny	01/00
Autor:	meno, podpis a dátum spracovania MUDr. Martina Cul'bová, PhD. 17.10.2021		Dátum schválenia / platí od:	09.12.2021
Preskúmal:	meno, podpis MUDr. Katarína Starovecká	Schválil:	meno, podpis MUDr. Peter Krajčovič	