Věstník MZd ČR, částka 8/2007

ZPRÁVY A SDĚLENÍ

1.

INFORMOVANÝ SOUHLAS - STERILIZACE VEJCOVODŮ

Vzor informovaného souhlasu, který je součástí zdravotnické dokumentace:

INFORMOVANÝ SOUHLAS - sterilizace vejcovodů

(zákrok trvale znemožňující plodnost)

Pracoviště:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo, popř. jiné přidělené číslo:

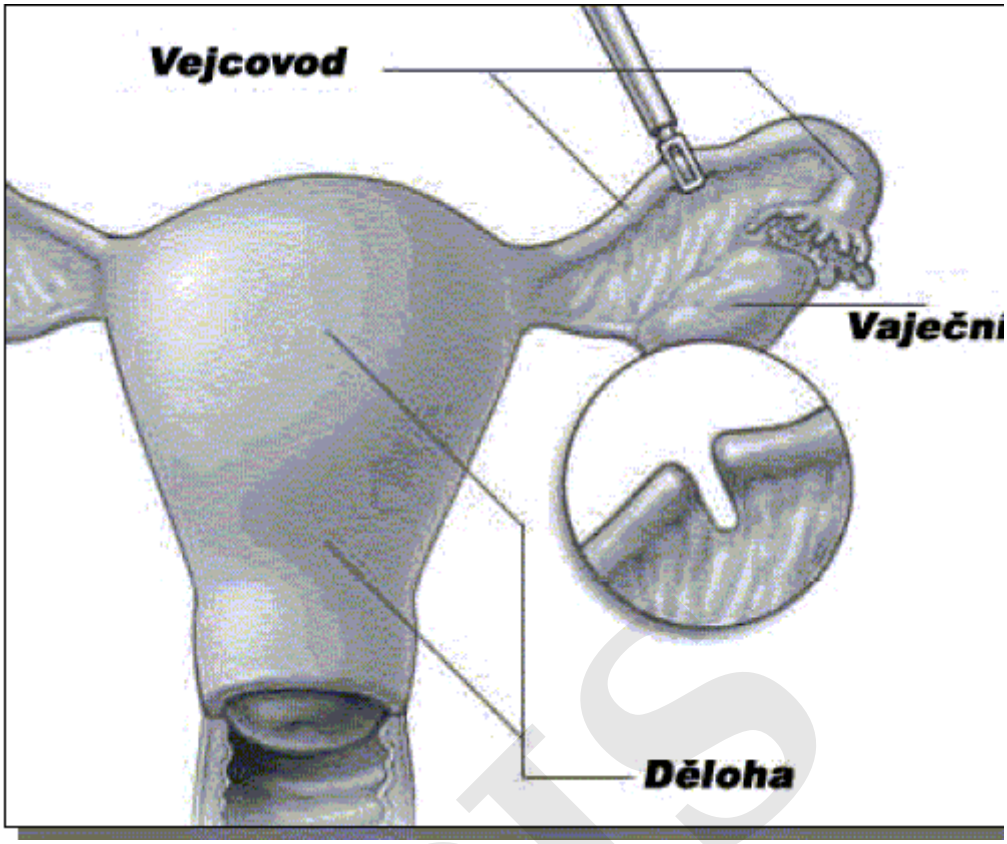
Vážená paní,

rozhodla jste se podstoupit operaci, po které ztratíte možnost otěhotnět přirozeným způsobem. Sterilizace je lékařský výkon, který se provádí na vejcovodech. Vzhledem k vysoké účinnosti sterilizace nebudete muset již dále používat jiné antikoncepční metody. Otěhotnění je po sterilizaci možné jen metodami umělého oplodnění.

Sterilizace - popis výkonu:

Vejcovody jsou dvě trubice vycházející z rohů děložních a směřující k vaječníku. Ve vejcovodu dochází ke spojení vajíčka a spermie. Podstatou výkonu je úplné přerušení obou vejcovodů elektrokoagulací nebo stehem. Zábrana otěhotnění je pouze mechanická, výkon nemá vliv na vaši hormonální aktivitu Případné opětovné zprůchodnění vejcovodů je náročný chirurgický výkon s nízkou úspěšností, který musíte hradit z vlastních prostředků. Laparoskopická sterilizace je operační výkon, prováděný v celkové narkóze. Po přípravě operačního pole dutinu břišní lékař naplní kysličníkem uhličitým speciální jehlou. Poté zavede do dutiny břišní z malého řezu umístěného v pupku optický nástroj - laparoskop. Z malého řezu v podbřišku zavede lékař operační nástroj, kterým oba vejcovody přeruší. Poté je výkon ukončen. Organismus ženy je v případě ideálního průběhu minimálně zatížen.

EPIS



EPIS

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem v souladu se současnými znalostmi podrobně seznámil pacientku s plánovaným výkonem a možnými komplikacemi a zodpověděl veškeré dotazy.

Podpis lékaře:

Datum a hodina:

Prohlášení pacientky:

Prohlašuji, že jsem plně a podrobně seznámena s plánovaným výkonem a možnými komplikacemi. Byly mi zodpovězeny veškeré mé dotazy a nemám již žádné nejasnosti týkající se plánovaného výkonu. Poučení plně rozumím a s laparoskopickou sterilizací souhlasím, včetně dalších nutných výkonů, při jejichž neprovedení by bylo ohroženo mé zdraví nebo život. Tento souhlas je udělen svobodně dle mé vlastní vůle a bez jakéhokoliv nátlaku.

Datum a hodina:

Místo:

Podpis lékaře:

Podpis pacientky:

Podpis svědka:

Pro případ, kdy se nemůže pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem zdravotnického pracovníka nezúčastněného na poskytování zdravotní péče, který byl přítomen projevu souhlasu o jeho vyslovení a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient projevil svou vůli.

EPIS