

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Umělé přerušování těhotenství v I. trimestru gravidity  
pro státní příslušníky členských států EU**Identifikační štítek  
pacienta**Vážená paní,**

podstatou operace je vybavení obsahu dutiny děložní. Operační výkon umožní mikroskopické vyšetření tkáně. Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Obsah dutiny děložní je vybaven odsáním, nebo kyretou. Doba trvání je cca 10 - 15 min. V případě, že bude výkon bez komplikací, není nutná hospitalizace, výkon se provede ambulantně a řádově za 4-5 hodin po výkonu můžete opustit zdravotnické zařízení.

Po výkonu Vám bude při Vaší krevní skupině s Rh negativním faktorem aplikována injekce k zabránění imunologického konfliktu v dalším těhotenství.

**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. Patří mezi ně např. "trombóza" (vytvoření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny den před operací lékařem - anesteziologem.

**Možné následky po výkonu:**

I u nekomplikovaného výkonu se mohou projevit přechodné poruchy funkce trávicího ústrojí, špatný odchod větrů a stolice.

**Alternativa plánovaného výkonu:**

Farmakologické (nechirurgické) ukončení těhotenství. Možnost farmakologického ukončení těhotenství je pouze do 49. dne těhotenství (počítáno od prvního dne poslední menstruace) a jen po jednoznačném potvrzení nitroděložního těhotenství (ultrazvukové vyšetření včetně určení přesné datace gravidity) a sepsání interrupční žádosti. Poplatek za farmakologické ukončení těhotenství je dán platnými aktuálními cenami KMN a.s.

**Režim pacientky před výkonem:**

Po dobu minimálně 6 hodin před výkonem nemůžete přijímat tekutiny, stravu a kouřit. 24 hodin před zákrokem byste se měla vyvarovat užívání léků, které neberete pravidelně, zvýšené psychické a fyzické námaze. Před výkonem je vhodné se osprchovat nebo vykoupat. Do pochvy si nic neaplikujte, kromě doporučených léků gynekologem, zdržte se pohlavního styku. O anestezii Vás bude informovat lékař – anesteziolog. K zákroku budete odličena, s nenalakovanými nehty. Bude Vám provedena bandáž dolních končetin jako prevence TEN (trombembolické nemoci).

**Režim pacientky po výkonu, omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti:**

Bezprostředně po výkonu budete při nekomplikovaném průběhu monitorována na standardním pokoji gynekologického oddělení. V případě ambulantního výkonu budete 4 hodiny monitorována na gynekologickém stacionáři a poté je možné propuštění do domácího ošetření. Za dvě hodiny po výkonu

můžete chodit, jíst a pít. Po výkonu jsou tlumeny bolesti dle ordinace lékaře, přechodně se může vyskytnout nevolnost po anestezii nebo bolesti hlavy. Hospitalizace je individuální dle aktuálního zdravotního stavu (ambulantní výkon x hospitalizace 1 den).

Pro snížení rizika možného krvácení a infekce je doporučeno po výkonu následujících 24 hodin fyzický klid. První menstruační krvácení se dostaví za 4 – 6 týdnů po výkonu. Nemějte obavy, pokud se dostaví v jiný termín, než obvykle. Po dobu 4 týdnů doporučujeme zvýšenou hygienu zevních rodidel a pohlavní abstinenci. Pracovní neschopnost na dobu léčení není nutná.

**Doporučení:** Zvážení používání antikoncepce.

**Poplatek za UPT:**

- do 8. týdne - dle platných aktuálních cen KMN a.s.
- do 12. týdne - dle platných aktuálních cen KMN a.s.

**Ptejte se prosím na všechno, co považujete pro Vás za důležité!**

**Pacientka (jméno, příjmení, rodné číslo):** \_\_\_\_\_

**Já, níže podepsaná, tímto prohlašuji, že jsem byla poučena o výkonu:**

**UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ V I. TRIMESTRU GRAVIDITY PRO STÁTNÍ PŘÍSLUŠNÍKY ČLENSKÝCH STÁTŮ EU**

**Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:**

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byla jsem poučena o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladla doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměla, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s výkonem**.

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne, hod. \_\_\_\_\_

Podpis pacienta \_\_\_\_\_  
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka \_\_\_\_\_

Podpis svědka<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.