**Poučení a souhlas nemocného s vyšetřovacími a léčebnými výkony**

**Jméno a příjmení:.{Jméno a příjmení}.. RČ{Rodné číslo}.**

Ošetřující lékař:. MUDr. Olddřich Kadlec, IČP {Lékař IČP}...

**Plánovaný výkon**

**laická terminologie: prohlédnutí dutiny břišní laparoskopickým přístrojem**

**postup  dle  nálezu ,**

**lékařská terminologie: Laparoscopia explorativa**

Náš ústav je personálně a technicky vybaven k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. Máte právo žádat informaci o rizicích spojených s tímto výkonem či léčbou, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby.

**Poučení o povaze onemocnění, potřebných výkonech a možnosti výskytu nežádoucích účinků:**

Popis operace: Výkon se provádí v celkovém uspání. Nejdříve se zavede jehla vpichem pod pupkem a touto jehlou se do břišní dutiny zavede plyn. Následně se stejným vpichem pod pupkem zavede nástroj, jehož kanálem se následně zavede optický přístroj – laparoskop. Poté se zavedou již pod optickou kontrolou další nástroje z vpichů na břiše a pomocí těchto nástrojů se prohlédne dutina břišní. V případě, že bude nález normální, bude výkon ukončen. V případě nálezu patologie, bude operace rozšířena o výkony, o kterých budete poučena v samostaných „Poučeních“.

Důsledky operace:

Při plánované operaci neplánujeme odebrání některého u orgánů, proto důsledky operace nebudou mít přímý vliv na kvalitu života.

Možné komplikace:

Žádná operace není bez rizika komplikací. Laparoskopické operace vyžadují v úvodu zavádění jehly a ostrého nástroje do dutiny břišní naslepo, při těchto úkonech je možné poranění střeva, velkých cév v dutině břišní, nebo nepravidelně vedoucích cév ve stěně břišní. Operatér ovládá postupy, které tato poranění minimalizují.

Dalšími, ale naštěstí vzácnými, mohou být **„trombóza“** , t.j. vytvoření se krevních sraženin v žilách např. pánevního dna a **„embolie“**  t.j. zanesení těchto sraženin např. do plic. Tam může v krajním případě dojít k uzavření žilního řečiště a smrtelným stavům.

Další  komplikací bývá **krvácení** během operace a **zauzlení střev**, nebo **infekce** operační rány či močových cest  v období pooperačním.

Výjimečně může dojít k **neúmyslnému poranění okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu a tlustého střeva.** Tato poranění mohou vést k rozšíření původního operačního výkonu, nebo k opakované operaci. Vzácnou komplikací jsou **„píštěle“** t.j. samovolně vzniklá spojení např.mezi močovým měchýřem nebo střevem a pochvou, která pak vyžadují další operační výkon k úpravě stavu.

Naše stručná informace jistě není vyčerpávající. Na všechno, co Vás ve vztahu  k plánované operaci zajímá, nebo co považujete za důležité, se prosím zeptejte lékaře, který za Vámi den před operací odpoledne přijde. Ujišťujeme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s výše uvedeným plánovaným výkonem. Byl(a) jsem informován(a) o možnosti výskytu nežádoucích účinků spojených s tímto výkonem.

Svým podpisem potvrzujete:

že jste četl(a) poučení a souhlasíte s výše uvedeným prohlášením

že výše uvedené vyšetření  nebo léčebný výkon Vám byl srozumitelně vysvětlen Vaším ošetřujícím lékařem, a dostal jste všechny informace, které jste požadoval(a)

že dáváte oprávnění a souhlas k vykonání výše uvedeného vyšetřovacího či léčebného výkonu a k případným nutným následným vedlejším zásahům, které se ukáží během tohoto výkonu nezbytnými či prospěšnými

že **souhlasíte** s tím, aby v rámci běžných diagnostických postupů byl odebrán z Vašeho těla biologický materiál, který může být použit pro výzkumné účely

že souhlasíte s tím, aby byly Vaše osobní údaje shromažďovány, zpracovávány a uchovávány pro vědecké účely a pro účely prováděného léčení

že dáváte souhlas, aby informace o Vašem zdravotním stavu, způsobu léčení a prognóze Vašeho onemocnění byly v plném rozsahu poskytnuty

Uvědomuji si a souhlasím s tím, že informace nebudou poskytovány jiným než mnou uvedeným osobám a nebudou poskytovány telefonicky.

**Podpis**

.................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nemocný nebo zákonný zástupce |     | datum a čas {Datum a čas} |

................MUDr. Oldřich Kadlec...............................................

|  |
| --- |
| ošetřující lékař |