

## Revize dutiny děložní

### Pacientka (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená slečno, paní, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o revizi dutiny děložní.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je revize dutiny děložní:

Revize dutiny děložní je zákrok, při kterém se provádí vyprázdnění obsahu dutiny děložní.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem revize je nejčastěji krvácení z dutiny děložní v souvislosti s neprospívajícím těhotenstvím (samovolný potrat, zamlklé těhotenství, podezření na mimoděložní těhotenství) nebo krvácení po porodu.

### Jaký je režim pacientky před výkonem:

Po dobu minimálně 6 hodin před výkonem nemůžete přijímat tekutiny, stravu a je zakázáno kouřit. O anestezii Vás bude informovat lékař anesteziolog, který Vám může předepsat podání tlumících a zklidňujících léků v rámci předoperační přípravy.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace se provádí v celkové anestezii po důkladné dezinfekci rodidel. V případě, že nebude možno aplikovat celkovou anestezii, výkon bude proveden v tzv. spinální anestezii nebo v lokálním znečítlivění. Přístup do dutiny děložní je přes pochvu. Obsah dutiny děložní je odstraněn kovovým nástrojem, tzv. kyretou, nebo odsátím. Získaný materiál bude odeslán k dalšímu vyšetření. Doba trvání výkonu je asi 15 minut.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh výkonu. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi ojedinělé. Patří mezi ně např. „trombóza“ (vytvoření 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 nutnost transfuze krve a rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů, někdy je však nutné provést operační výkon s odstraněním dělohy. Může dojít k poranění dalších orgánů (močový měchýř, střevo), které je nutné ošetřit operačně. Alergické reakce se může vyskytnout na jakémkoliv léčivu nebo dezinfekčním prostředku. Může mít formu kopřivky, zarudnutí, svědění kůže, dechových obtíží, nízkého krevního tlaku, až šokového stavu. Tyto komplikace jsou ojedinělé.

Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny před operací lékařem – anesteziologem.

## **Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:**

Po nekomplikovaném výkonu budete přeložena na standardní oddělení, kde budete 2 hodiny pečlivě monitorována, po 2 hodinách již budete moci chodit, jíst a pít. Doba hospitalizace závisí na stavu pacientky a činí 1–2 dny.

Při nekomplikovaném průběhu vytvoření nové děložní sliznice trvá obvykle 14 dní a bývá spojeno s krvavým výtokem. S pohlavním stykem doporučujeme vyčkat do doby, než ustane krvavý výtok a vytvoří se nová sliznice. Pracovní neschopnost po propuštění z nemocnice není nutná. Další těhotenství doporučujeme odložit minimálně o 3 měsíce.

Podle platné právní úpravy je plod po uměle přerušném těhotenství nebo potratu, lidským pozůstatkem, a takto je s ním předepsáno zacházet. Nemocnice zajistí jeho uložení po dobu 96 hodin od potratu nebo ukončení těhotenství. Během této doby můžete požádat o jeho vydání k pohřbení, které je upraveno zákonem o pohřebnictví.

## **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Tento výkon nemá alternativy.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. Lékařem jsem byla poučena o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**Prohlašuji, že mi byly sestrou/porodní asistentkou náležitě objasněny veškeré informace z hlediska ošetrovatelské péče vzhledem k provedenému lékařskému výkonu.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacientky nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis sestry/porodní asistentky, která vysvětluje pohovor provedla

**Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře