

Hysterosalpingografické vyšetření

Pacientka (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o hysterosalpingografickém vyšetření. 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 hysterosalpingografické vyšetření:

Hysterosalpingografie je ambulantní rentgenové vyšetření dutiny děložní a vejcovodů, při kterém jsou dutina děložní a vejcovody plněny kontrastní látkou k zobrazení jejich tvaru a průchodnosti.

Pokud jste alergická na jodové kontrastní látky, upozorněte na tuto skutečnost lékaře!

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyšetření příčin neplodnosti, opakovaného potrácení nebo zobrazení vrozených vývojových vad vnitřních rodidel.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Před výkonem nejsou nutná žádná speciální opatření. Výkon se neprovádí v těhotenství vzhledem k riziku rentgenového záření, proto je vhodné výkon provést těsně po menses. Pokud menses nemáte, záleží na domluvě s lékařem. Vzhledem k bolestem různé intenzity, které mohou tento výkon provázet je doporučeno užití analgetik (léků proti bolesti) minimálně 1 hod. před samotným výkonem. V případě Vašeho zájmu jsou Vám analgetika předepsána lékařem našeho oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vyšetření se provádí na rentgenologickém stole v gynekologické poloze. Po aseptické přípravě zavede gynekolog tzv. Schultzeho přístroj (kovový nástroj) vaginální cestou (přes pochvu) do děložního hrdla, následně jej upevní pomocí dvou fixátorů, poté naplní dutinu děložní a vejcovody kontrastní látkou. Během vyšetření se při aplikaci kontrastní látky na obrazovce hodnotí průchodnost a tvar dutiny děložní a vejcovodů. Na závěr radiologický asistent pořídí rentgenový snímek.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Při nekomplikovaném průběhu jde o výkon ambulantní. V případě krvácivých komplikací může být nutná hospitalizace. Krvácení může nastat se zpožděním několika dnů či týdnů. Při výkonu může dojít k poranění hrdla děložního, eventuálně stěny děložní. Vzhledem k individuálnímu prahu vnímání bolesti může v ojedinělých případech dojít

k vystupňované bolestivé reakci s krátkodobou ztrátou vědomí a křečemi. Závažnou komplikací může být alergická reakce na kontrastní látku. Po výkonu může dojít k pálení v pochvě po užití desinfekčních prostředků, popřípadě k zánětu sliznice pochvy nebo dělohy s nutností následné antibiotické léčby.

Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:

Výkon při nekomplikovaném průběhu nevyžaduje hospitalizaci. Bolesti po výkonu mohou přetrvávat 1–2 dny, je možné je tlumit běžnými analgetiky. Po výkonu dodržujte zvýšenou hygienu zevních rodidel, pouze se sprchujte, nekoupejte se. Pracovní neschopnost při nekomplikovaném průběhu není nutná.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Jedinou alternativou tohoto výkonu je hysteroskopie s diagnostickou laparoskopií a chromopertubací. Jedná se o operační výkony v celkové anestezii s nutností hospitalizace.

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 provedení 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

Jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

Jméno a podpis vyšetřujícího radiologického asistenta

Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře