

**Informovaný souhlas pacienta - S UMĚLÝM UKONČENÍM TĚHOTENSTVÍ  
FARMAKOLOGICKY PODÁNÍM TABLET DO 49. DNE GRAVIDITY****Identifikace pacienta**

<b>Jméno</b>	<b>Příjmení</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Datum narození</b>	<b>Rodné číslo (je-li přiděleno)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Kód zdravotní pojišťovny</b>	<b>Adresa místa trvalého pobytu</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Číslo pojištěnce (není-li to rodné číslo)</b>	
<input type="text"/>	

\* pro cizince místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)

**Vážená pacientko,**

na základě Vaší žádosti, gynekologického a ultrazvukového vyšetření, včetně eventuálního vyšetření těhotenských hormonů přicházíte k farmakologickému ukončení gravidity. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

**1. Informace důvodech/účelu léčby a očekávaném přínosu výkonu**

Účelem podání tablet je legální ukončení těhotenství na vlastní žádost pacientky do 49. dne gravidity od poslední menstruace. Stáří gravidity určí lékař i pomocí ultrazvukového vyšetření a zároveň zhodnotí, zdali je u dané pacientky vhodné ukončení těhotenství touto metodou provést. Očekávaným cílem je časně ukončení nechtěné gravidity farmakologickou cestou s vypuzením plodového vejce z dělohy.

**2. Informace o potřebném výkonu**

Podáním celkem 4 tablet dojde k vyvolání potratu u nežádoucího těhotenství. Nejprve je provedeno gynekologické vyšetření a ultrazvuk. Následuje pohovor s pacientkou včetně detailního poučení. Splňuje-li pacientka dané zákonné podmínky, jsou podány najednou první 3 tablety ve zdravotnickém zařízení s následnou nutností setrvání v zařízení 1 hodinu k vyloučení nežádoucích účinků. Po 48 hodinách je podána další 1 tableta opět ve zdravotnickém zařízení. Následně dojde v průběhu několika dní ke krvácení a vypuzení obsahu dutiny děložní. Za 14 – 21 dní je provedeno ambulantně kontrolní ultrazvukové vyšetření. Silnější krvácení a bolesti po podání tablet jsou velmi běžné.

Léčba není vhodná pro pacientky trpící chronickým selháním ledvin či jater, poruchami koagulace či užíváním antikoagulancií, těžší anemií, onemocněním nadledvin a dlouhodobé kortikoterapie, těžším kardiovaskulárním onemocněním. Dále stavy po rozsáhlých operacích na děloze, stav po porodu císařským řezem. Zavedené nitroděložní tělíčko, objemné děložní myomy, těžké astma, dědičná porfyrie, malnutrice, alergie na obsažené látky, těhotenství neověřené UZ či delší než 49 dní.

### 3. Rizika výkonu

specifická rizika výkonu:

- a. možnost selhání metody (1.3-7.5 % případů) a nutnost chirurgické revize dutiny děložní v celkové anestezii
- b. možnost silných bolesti v podbřišku a zádech se silnějším krvácením
- c. krvácení s větší krevní ztrátou s nutností podání léků zastavujících krvácení až s podáním krevní transfuze - při nezastavitelném krvácení až s odstraněním dělohy
- d. infekční komplikace dělohy a orgánů malé pánve s podáním antibiotické terapie
- e. při nevypuzení veškeré tkáně - nutnost chirurgické revize dutiny děložní v celkové anestezii a s ní spojenými riziky
- f. možnost alergické reakce na podaná léčiva, možnost zvracení a pocitu na zvracení po podání tablet, dále možnost průjmu.

### 4. Alternativy výkonu

Alternativou umělého přeršení těhotenství farmakologickým postupem je provedení klasické interrupce v celkové anestezii odstátím a vyprázdněním dutiny děložní pomocí nástrojů. Tato metoda umožňuje provedení přeršení těhotenství až do 12. týdne gravidity, nicméně čím starší delší je ukončované těhotenství, tím roste riziko operačních komplikací jako je krvácení, neúplné vyprázdnění dělohy, či možnost poranění dělohy a nitrobřišních orgánů. Při výběru klasické interrupce doporučujeme její provedení spíše do 8 týdne, kdy je riziko výše uvedených komplikací nižší.

### 5. Možné následky a omezení v důsledku výkonu

Předpokládaná doba pobytu ve zdravotnickém zařízení: zpravidla 1 hodina ambulantní sledování stavu pacientky po aplikaci tablet, při nežádoucí reakci dle aktuálního klinického stavu pacientky a případných komplikací se pobyt ve zdravotnickém zařízení prodlužuje. 14-21 dní po podání poslední tablety je doporučeno provedení kontrolního ultrazvukového vyšetření. Důležité je dodržení zvýšeného hygienického režimu včetně sexuální abstinence po dobu šestinedělí. Pracovní neschopnost se obecně nevystavuje.

### 6. Souhlas pacientky s výkonem a případnou hospitalizací

Já, níže podepsaná, prohlašuji, že jsem byla ošetřujícím lékařem úplně a v dostatečném předstihu informována o mém zdravotním stavu a o důvodech vedoucích k plánovanému výkonu a léčbě. S navrženým výkonem a léčbou souhlasím. Lékař mne podrobně a srozumitelně seznámil s postupem léčby a povahou navrhovaného výkonu, včetně upozornění na možné komplikace. Dále prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně poučena o možných trvalých následcích a možných rizicích výkonu, o jeho alternativách, včetně rizik a důsledků, ale i o jiných závažných okolnostech s léčbou souvisejících. Lékař mne též informoval o možných omezeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení výkonu. Byl mi poskytnut dostatečný čas k tomu prostudovat si písemnou část poučení. Měla jsem možnost se lékaře zeptat na vše, čemu jsem nerozuměla.

Dále prohlašuji, že jsem lékaři sdělila všechny skutečnosti významné pro posouzení mého zdravotního stavu a pro volbu optimálního léčebného režimu (zejména zdravotní údaje). Akceptuji upozornění, že v případě nepravdivosti tohoto prohlášení nejsou poskytovatel zdravotních služeb ani ošetřující lékař odpovědní za tím způsobené následky. Byla jsem informována a poučena, že po podání tablet může dojít k situaci, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění (např. k ochraně mého zdraví). V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech nezbytných postupů a výkonů dle jeho uvážení. Výše uvedeným jsem porozuměla a další dotazy nemám.

Beru na vědomí, že mi lékařem a jeho spolupracovníky nemůže být poskytnuta záruka na úspěch léčby.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím i s případnou hospitalizací. Současně se zavazuji uhradit přímou platbou účet za případné nadstandardní služby v souladu s ceníkem společnosti GynCentrum, spol. s r.o.

V Praze dne

Podpis klienta/  
Zákonného  
zástupce

### 7. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedenou pacientku srozumitelným způsobem informoval/a o veškerých shora uvedených skutečnostech, zejména jsem jí seznámil/a s povahou výkonů, jejich riziky a komplikacemi. Pacientka byla též seznámena s plánovaným způsobem anestézie. Pacientka byla nad rámec výše uvedeného poučena i o rizicích a možných komplikacích výkonu s ohledem na její zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměla a měla možnost klást lékaři poskytujícímu poučení dotazy, které jí byly srozumitelně zodpovězeny.

V Praze dne

Podpis lékaře

## Informovaný souhlas



GynCentrum Praha  
Českomoravská 2510/19  
190 00 Praha 9  
Tel.: +420 234 770 400  
e-mail: info@gyncentrum.cz  
www.gyncentrum.cz

### Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu

V souladu se zákonem o zdravotních službách může pacient určit osobu/y, která/é smí být informována/y o jeho zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě či určitým osobám. Určení této osoby nebo vyslovení zákazu je možno kdykoliv odvolat. Osoba určená pacientem má taková práva, která určil sám pacient. Určené osoby jsou oprávněny v rozsahu stanoveném pacientem k přijetí informací o jeho zdravotním stavu, včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace o něm vedené, nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, k pořizování výpisů nebo kopií těchto dokumentů, a k vyjádření souhlasu či nesouhlasu s tím, aby mu byly poskytovány zdravotní služby, nebude-li schopen takový souhlas vyslovit.

**Tímto určuji osobu, která má právo na informace o mém zdravotním stavu od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.**

Jméno
<input type="text"/>

Příjmení
<input type="text"/>

Datum narození
<input type="text"/>

Adresa místa trvalého pobytu
<input type="text"/>

Současně určuji, že tato osoba **může /nemůže\*** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Dále určuji, že této osobě mají být sděleny **všechny informace** o mém zdravotním stavu.

Přeji si sdělit **pouze následující informace** o mém zdravotním stavu\* \_\_\_\_\_

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány: **osobně/telefonicky\*** - pro případ telefonické komunikace je oprávněn lékař sdělit informace pouze, pokud mu bude sděleno zvolené heslo, které je:

\_\_\_\_\_

Současně určuji, že tato osoba **má – nemá\*** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

Pacient se dále může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu:

Byla jsem poučena o této možnosti a výslovně se vzdávám podání informace o mém zdravotním stavu: \*\*

V Praze dne

Podpis klienta/  
Zákonného  
zástupce

\*nehodící se škrtněte

\*\*v případě vzdání se podání informace prosím zakřížkujte.