

INFORMOVANÝ SÚHLAS PRED VYKONANÍM STERILIZÁCIE NA ŽIADOSŤ PACIENTKY

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Nemocnica AGEL Komárno s.r.o., Mederčská 39 , 945 05 Komárno

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

Dátum narodenia osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bola zrozumiteľne, podrobne, ohľaduplne a bez nátlaku poučená o podstate, charaktere a dôsledkoch operačného výkonu – sterilizácie a poučeniu som porozumela. Bola som tiež poučená o možnostiach voľby navrhovaných postupov.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bola počas lekárskeho vyšetrenia informovaná o

a) Alternatívnych metódach antikoncepcie a plánovanom rodičovstve

Sterilizácia ženy je operačné prerušenie vajíčkovodov, ktoré slúžia na transport vajíčok z vaječníka do maternice a sú miestom oplodnenia (splynutia ženskej pohlavnej bunky- vajíčka s mužskou pohlavnou bunkou – spermiou), dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Ide o trvalé a nezvratné zabránenie schopnosti oplodnenia, čo znamená, že po tomto zákroku žena nemôže otehotnieť, nemôže porodiť dieťa. Sterilizáciu je možné vykonať:

1. Operačným otvorením brušnej dutiny klasickým rezom – laparotómiou, resp. minilaparotómiou,
2. Použitím prístrojov so zabudovanou optikou v brušnej dutine cez niekoľko malých rezov – laparoskopiou,
3. Cez pošvu,
4. Cez krčok maternice.

V súčasnosti sa v medicínskej praxi najčastejšie používa laparoskopický postup.

V medicínskej praxi sú dostupné alternatívne metódy antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, ktorými sú hormonálna antikoncepcia, vnútromaternicová antikoncepcia, bariérová antikoncepcia alebo prirodzené metódy zabránenia počatia a následnej tehotnosti.

Hormonálna antikoncepcia je podávanie hormónov, ktoré bránia vytvoreniu alebo uvoľneniu vajíčka napr. tabletami, alebo krúžkom v pošve, náplastou cez kožu, implantátom pod kožou a podobne. Vnútromaternicová antikoncepcia spočíva v zavedení telieska do dutiny maternice, ktoré bráni uhniezdeniu vajíčka. Prirodzené metódy zabránenia počatiu a následnej tehotnosti spočívajú vo využívaní plodných a neplodných dní pri plánovaní súlož, radí sa sem aj sexuálna abstinencia a prerušovaná súlož. Pri bariérovej antikoncepcii sa používa napríklad kondóm, ktorý zabráni preniknutiu semena do maternice.

b) Možných zmenách životných okolností, ktoré ma viedli k žiadosti o sterilizáciu

V budúcnosti každého človeka môže dôjsť k rôznym i podstatným zmenám životných okolností, ktoré vedú ženu k žiadosti o sterilizáciu. Ide o úmrtie životného partnera, nájdenie nového životného partnera, rozvod, úmrtie dieťaťa, čo vedie človeka k zmene životných postojov a hodnôt aj v rozhodnutí o počatí dieťaťa v následnej tehotnosti.

c) Medicínskych dôsledkoch sterilizácie ženy ako metódy, ktorej cieľom je nezvratné zabránenie plodnosti

Chirurgicky vykonaná sterilizácia osoby je metóda nezvratného zabránenia plodnosti ženy. Dôsledkom sterilizácie je neplodnosť, teda trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Dochádza k operačnému prerušeniu vajíčkovodov, ktoré slúžia na transport vajíčok z vaječníka do maternice a sú miestom oplodnenia (t.j. splynutia ženskej pohlavnej bunky- vajíčka s mužskou pohlavnou bunkou- spermiou), dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Ako každý operačný výkon aj sterilizácia môže mať komplikácie rôzneho stupňa závažnosti. Ide najmä o chirurgické komplikácie napr. krvácanie alebo vytvorenie krvnej zrazeniny, infekčné komplikácie alebo anesteziologické komplikácie. Medzi zriedkavé neskoré následky sterilizácie, ktoré vyplývajú najmä z nezvratnosti stavu, patria psychické problémy ženy.

d) Možnom zlyhaní sterilizácie

V bezprostrednom období po sterilizácii je potrebné počkať na zhojenie rán po sterilizácii. Zlyhanie sterilizácie laparoskopickým postupom sa môže prejavíť mimomaternicovou tehotnosťou.

Bola som poučená zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Svojím podpisom potvrdzujem, že s vykonaním sterilizácie súhlasím. Taktiež súhlasím, s použitím potrebných liekov, zdravotníckeho materiálu a krvi, ak to bude počas operačného výkonu potrebné .



Text informovaného súhlasu mi bol ošetrovujúcim lekárom prečítaný.*)

V dňa čas

.....
Podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorá žiada o vykonanie sterilizácie
(prípadne jej zákonného zástupcu)

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Nemocnica AGEL Komárno s.r.o., Mederčská 39, 945 05 Komárno

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

Dátum narodenia osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

ŽIADOSŤ O VYKONANIE STERILIZÁCIE

Po dôkladnom oboznámení sa s charakterom chirurgicky vykonanej sterilizácie (čoho dokladom je mnou podpísaný informovaný súhlas pred vykonaním sterilizácie na žiadosť pacientky v súlade s § 40 zákona č. 576/2004 Z.z.)

žiadam o sterilizáciu.

Po starostlivom zhodnotení informácií, ktoré mi poskytol lekár, a v dostatočnom čase slobodne sa rozhodnúť, dávam písomný súhlas na vykonanie sterilizácie: *

- klasickou laparotómiou (prípadne počas cisárskeho rezu),
- endoskopicky - laparoskopiou

Zároveň dávam súhlas, aby o údajoch týkajúcich sa môjho zdravotného stavu boli informované nasledovné osoby (uviesť meno, priezvisko, adresu alebo tel.číslo):**

.....