



**Fakultní nemocnice Hradec Králové**  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
**Porodnicko-gynekologická klinika**

## Poučení pacientky o operačním výkonu

Pacientka ..... Rodné číslo.....  
jméno příjmení titul

oddělení .....  
(ambulance)

jmenovka

### **Vážená paní, slečno,**

vybrala jste si naše zdravotnické zařízení k provedení malého chirurgického zákroku na zevních rodidlech, pochvě nebo děložním čípku, pro který jste se rozhodla nebo Vám byl doporučen ze zdravotních, kosmetických nebo diagnostických důvodů.

### **Cílem zákroku je :**

- odstranění výrůstků, polypů, bradavic nebo kondylomat
- získání vzorku tkání k určení diagnózy
- stanovení dalšího lékařského postupu
- ošetření zánětu Bartholinské žlázy nebo ošetření jiného kožního zánětu v oblasti zevního genitálu
- drobné plastické úpravy

### **Alternativou zákroku může být :**

- podání antibiotických přípravků, místně nebo celkově u zánětlivých afekcí zevního genitálu
- místní aplikace chemických přípravků k odstranění bradavic a kondylomat zevního genitálu
- laserové odstranění výrůstku na zevním genitálu

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operačního výkonu. Četnost komplikací není velká, ale může k nim dojít i v případě zachování všech doporučených postupů.

### **Komplikace zákroku** rozdělujeme podle času vzniku na:

- **bezprostřední** (vzniklé během výkonu) – silné krvácení, které je nutné řešit chirurgickým stehem (drobná krvácení, která mohou být ošetřena elektrokoagulací nebo též chirurgickým stehem nelze počítat mezi komplikace)
- **časné** ( diagnostikující do 6.týdne po zákroku) – zánětlivé komplikace s možným vznikem keloidních jizev

**Pro snížení možných komplikací dodržujte doporučení lékaře:**

- přiměřený klidový režim po zákroku
- pravidelné kontroly u svého obvodního gynekologa a dodržování doporučené léčby
- v případě jakýchkoliv obtíží kontrola na ambulanci porodnické a gynekologické kliniky kdykoliv

**Byla jsem srozumitelně seznámena s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byla jsem poučena o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.**

**Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčela žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.**

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne .....v..... hod .

.....

Podpis pacientky

Hradec Králové dne .....v.....hod.

.....  
Jmenovka a podpis lékaře/řky

**/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně**