



**Fakultní nemocnice Hradec Králové**  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
**Porodnická a gynekologická klinika**

## Poučení pacientky o prosté vulvektomii

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

oddělení operační gynekologie

jmenovka

### **Důvod výkonu:**

Vážená paní,

chtěli bychom Vám poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu informována, podepište prosím, níže uvedené prohlášení a odevzdejte informační list svému lékaři.

Výsledky provedeného vyšetření odebraného vzorku z oblasti zevních rodidel ukazují na onemocnění takového charakteru, u kterého je jediným účinným způsobem léčby radikální chirurgické odstranění postiženého místa až do zdravé tkáně. Pokud se Vám zdá informace, kterou jste obdržela od Vašeho ženského lékaře nedostatečná, zeptejte se, prosím, svého ošetřujícího lékaře na důvod plánovaného výkonu.

### **Vlastní operační výkon a operační postup:**

- vytnutí postiženého místa až do zdravé tkáně, ebeny. Odstranění kůže a podkoží zevních rodidel a poševního vchodu v potřebném rozsahu (musí být zachována určitá minimální vzdálenost od postiženého ložiska ke hranici vytnutí)
- zástava viditelných zdrojů krvácení
- plastická úprava a sešití vzniklého defektu

### **Možné následky operace:**

Odstranění zevních rodidel s sebou někdy nese komplikovanější a zdlouhavější proces hojení s delší dobou nemoci v blízkosti pochvy, která je osídlena mikroorganismy, jejichž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost zánětlivých projevů. Hojivému procesu napomáhá zvýšená hygiena, častější omývání a větrání operované oblasti, sedací koupele, které jsou běžnou součástí pooperačního léčebného postupu.

Při chirurgickém odstranění zevních rodidel dochází také k přerušení nervových zakončení a při komplikovanějším hojení též k tvorbě jizev. Z těchto důvodů je nutné zmínit zhoršení kvality sexuálního života.

**Alternativou** tohoto operačního výkonu je radioterapie (ozáření) zevních rodidel.

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

**Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a 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**