**SUGLASNOST KOJOM SE PRIHVAĆA / NE PRIHVAĆA**

**FRAKCIONIRANA ABRAZIJA**

Ime i prezime pacijenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MBO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime, srodstvo, zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika za pacijente koji nisu pri svijesti, za pacijente s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DILATACIJA I KIRETAŽA**

**Poštovana,**

Ginekološki pregled, ultrazvučni pregled ili citološki pregled pokazali su da je potrebno napraviti dilataciju i kiretažu materišta tj. frakcioniranu abraziju, zahvat kod kojeg se odvojeno sastruže tkivo površnog sloja cervikalnog kanala i odvojeno šupljine maternice.

Prije zahvata Vaš će liječnik razgovarati s Vama o nužnosti i i načinu zahvata. Morate biti upoznati s rizicima i posljedicama zahvata kako biste mogli dati svoj pristanak. Ovaj informacijski list će Vam pomoći da se pripremite za razgovor s liječnikom.

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA POSTUPKA

Za izvođenje zahvata potreban je prijem u bolnicu.

Operacija se odvija u lokalnoj anesteziji, a ponekad i u općoj anesteziji.

Nakon ginekološkog pregleda liječnik postavlja instrumente u rodnicu, daje regionalnu analgeziju, uzima uzorak tkiva iz cervikalnog kanala, dugačkim šiljastim instrumentom određuje duljinu maternice, i nakon instrumentalnog širenja cervikalnog kanala, tkivo iz maternice.

Najčešći razlozi za izvođenje zahvata su:

-dugotrajna, nepravilna krvarenja iz maternice,

-vrlo jaka krvarenja iz maternice,

-ultrazvučno otkriveno zadebljanje sluznice maternice neprimjereno dobi, posebice u starijoj životnoj dobi,

-pojava krvarenja kod starijih žena koje više nemaju menstruaciju,

-citološki nalaz koji upućuje na patološke promjene sluznice maternice što je moguće potvrditi samo abrazijom.

-uklanjanje IUD koji se nije mogao ukloniti na uobičajeni način.

Frakcionirana abrazija je dijagnostički, a kod nepravilnih i jakih krvarenja može biti i terapijski zahvat. Kod iznenadnog nalaza, ili komplikacija (npr. jače krvarenje, ozljeda) koje nije moguće predvidjeti današnjom dijagnostikom, može biti nužno proširiti operaciju, ili učiniti rez na trbuhu (laparotomija), odnosno laparoskopiju. Koristi se poprečni rez na granici stidnih dlaka (bikini rez) ili za laparoskopiju mali rezovi u području pupka te donjeg trbuha, te se prikaže maternica. Ako ne postoji drugi izlaz, a operacija se ne može prekinuti, moramo imati Vaše dopuštenje.

RIZICI KOD POSTUPKA

**Nijedan liječnički zahvat nije bez rizika.**

Unatoč mjerama opreza za vrijeme ili nakon operacije mogu nastati komplikacije, ali se najčešće brzo i pravilno svladavaju.

Za spomenuti su:

**Za vrijeme zahvata**

**-rijetko -** ozljede maternice ili vagine instrumentima, uglavnom su bezazlene i ne zahtijevaju daljnje liječenje. Vrlo rijetko može se dogoditi proboj (perforacija) ili pak ozljeda susjednih organa (crijevo, mjehur, mokraćovod, krvne žile). Takve komplikacije se moraju sanirati operacijski.

**-vrlo rijetko** – jače krvarenje, koje se najčešće odmah zaustavi. Ponekad je potrebna operacija (laparotomija) za zaustavljanje krvarenja, a izuzetno rijetko je nužno uklanjanje maternice. Pod tim okolnostima može biti nužna i transfuzija krvi, ili nekih njenih frakcija. Pri tome postoji rizik infekcije (**izrazito rijetko**)npr: hepatitis (upala jetre) ili HIV (AIDS).

**Nakon zahvata**

-povremeni bolovi u trbuhu koji najčešće nestaju u kratkom vremenskom razdoblju

-naknadno krvarenje. Ovaj rizik se povećava kod neuvažavanja uputa o ponašanju nakon operacijskog zahvata (npr. obavljanje težih poslova)

**-rijetko** nastaju alergijske reakcije na lokalni anestetik ili druge korištene lijekove. (npr. mučnina, svrbež, osip na koži, teškoće s disanjem). U većini slučajeva spontano nestaju. Jake reakcije su sa djelovanjem na srce, krvotok, mozak, ili živce. Takva stanja zahtijevaju bolničko liječenje kako bi se izbjegla životna ugroženost ili trajno oštećenje organa (zatajenje bubrega, kljenutost).

**-rijetko** – upala maternice,jajnika i jajovoda te mokraćnog mjehura – nastaju u nekoliko dana nakon operacije, a uspješno se rješavaju primjenom antibiotika.

**-vrlo rijetko** – funkcijska oboljenja jajovoda zbog uznapredovale upale koja se u pravilu dobro liječe antibioticima. **U iznimnim slučajevima** ipak može doći do začepljenja jajovoda i steriliteta.

**-vrlo rijetko** – oštećenje sluznice maternice koje dovodi do sljepljivanja njenih stijenki ,vrlo oskudnih ili izostalih menstruacija te problema sa zanošenjem.

**-vrlo rijetko** - nastaje krvni ugrušak (tromb) koji začepi krvnu žilu (npr u plućima – plućna embolija), kod ležećih pacijentica.

**Kakvi su rezultati ?**

U nekim slučajevima operacija ne služi samo postavljanju točne dijagnoze, nego se postiže izlječenje. Ponekad se, nakon pregleda dobivenog tkiva ustanovi da je potreban veći zahvat što se nije moglo predvidjeti prije ili za vrijeme zahvata, odnosno prije prispijeća nalaza patologa. O tome će Vas detaljno informirati Vaš ginekolog.

**Na što treba paziti nakon operacije ?**

-na dan zahvata klonite se naprezanja

-u slučaju bolova u trbuhu, vrućice, jačeg krvarenja, ili drugih tegoba obratite se svom liječniku

-ne koristite prvi tjedan nakon operacije tampone, ne ispirite vaginu

-najmanje 4 tjedna suzdržavajte se spolnih odnosa

-izbjegavajte hladnoću ili pretoplu kupku*.*

ZAMJENSKI POSTUPCI

Dijagnostička histeroskopija, aspiracija sluznice maternice**.**

Izjavljujem slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom/terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku isti postupak **prihvaćam**.

Potpis bolesnika/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izjavljujem slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom/terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku isti postupak

**ne prihvaćam**.

Potpis bolesnika/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis i faksimil odgovornog doktora

medicine za obavljanje postupka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Našice, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.