**SUGLASNOST KOJOM SE PRIHVAĆA / NE PRIHVAĆA**

**HISTEROSKOPIJA**

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIJAGNOSTIČKA I TERAPEUTSKA HISTEROSKOPIJA**

**Poštovana,**

U svezi tegoba i potrebite dijagnostike svih patoloških stanja materišta, ušća jajovoda u materište, cervikalnog kanala te terapije gotovo svih promjena koje pogađaju navedene dijelove maternice, nejasnih nalaza ili neplodnosti, koje treba razjasniti, savjetujemo Vam dijagnostičku histeroskopiju, a po potrebi praćenu laparoskopijom. Ako je to moguće, s obzirom na nalaz, istovremeno se može i terapeutski djelovati.

Ukoliko u obzir dolaze i druge dijagnostičke metode, iste će vam biti objašnjene u informacijskom razgovoru.

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA POSTUPKA

Histeroskopija se izvodi u općoj anesteziji. Širi se ušće maternice dilatatorima. Materište se proširi tekućinom (ili plinom) i omogući prikaz unutrašnjosti. Zahvat se izvodi endoskopskim uređajem i potrebnim instrumentima uz prikaz na monitoru.

Prednost histeroskopije pred većinom ostalih endoskopskih tehnika leži u mogućnosti pristupa unutrašnjosti maternice kroz fiziološke otvore - rodnica, vrat maternice. Nakon operacije ne ostaju nikakvi vidljivi vanjski znakovi izvršenog zahvata.

Prednosti endoskopskog pristupa :

-kraće trajanje zahvata

-bolja preglednost operacionog polja ( povećanje do 10 x )

-veća preciznost zahvata ( manja štetnost za okolna tkiva )

-manja bolnost

-manja mogućnost obolijevanja i utrošak lijekova

-brži oporavak i dostizanje radne sposobnosti

-izostanak rezova na stjenki trbuha.

Ukoliko se nakon pregleda maternice ustvrdi nalaz koji se odmah može razriješiti, nastavit će se u istoj anesteziji i terapija stanja uz pomoć instrumenata pod kontrolom kamere. Uzeti će se i uzorci tkiva za mikroskopsku analizu, i izvesti zahvat koji bi, u protivnom, zahtijevao ponovnu operaciju.

**INDIKACIJE ZA HSC**

-svi poremećaji i promjene na razini sluznice maternice, te neposredno ispod nje (razvojne anomalije maternice, priraslice u materištu, poremećaji krvarenja - oskudna, obilna, produžena, neregularna, submukozni miomi, polipi endometrija, sumnja na adenomiozu, endometrijske hiperplazije, rak endometrija, strano tijelo u materištu, dijagnostika i obrada steriliteta, infertiliteta).

**KONTRAINDIKACIJE ZA HSC**

-zdjelična upala, trudnoća, intenzivno krvarenja, pozitivni cervikalni obrisci, i akutni cervicitis.

Prije HSC se ne može sa sigurnošću predvidjeti kakav će se nalaz naći. Stoga Vas molimo da pristanete na moguće nužno proširenje ili promjenu prethodno planirane operacije, kako bi se mogla izvesti u istoj anesteziji, te Vas tako poštedjeti dodatnog zahvata. Vrsta i proširenost bolesti i moguće komplikacije tijekom zahvata mogu također odrediti i proširenje zahvata s otvaranjem trbušne šupljine i rezom na trbuhu.

RIZICI KOD POSTUPKA

**Intraoperacijski** može doći do prelaska tekućine u krvne žile, krvarenja (sa ili bez ozljeda velikih krvnih žila), rijetko može doći do ozljede i probijanja (perforacije) maternice i susjednih organa (npr. mokraćnog mjehura, crijeva, živaca) instrumentima. Kod ozljede crijeva ili mokraćnog mjehura može doći do teških komplikacija (npr. upala trbušne ovojnice, zapletaja crijeva, opstipacije (zatvora). Tada je neophodna operacija s otvaranjem trbušne stjenke (laparotomija) ili eventualno transfuzija krvi. Ozljede tkiva zbog uporabe el. energije, topline ili laserskog svjetla (a koje nisu odmah zamijećene) mogu zahtijevati dodatni operacijski zahvat.

**Postoperacijsk**i može doći do infekcije, krvarenja.

Iznimno se, zbog položaja tijela za vrijeme operacije, mogu pojaviti poremećaji osjeta (umrtvljenost u području trbuha, leđa ili natkoljenica), koja zahtijevaju naknadnu fizikalnu terapiju.

Upale mokraćnog mjehura i prolazni poremećaji u smislu proširenja mokraćnog mjehura mogu se javiti samo kod operacija kod kojih se postavlja kateter u mokraćnu cijev.

Kao i nakon svakog zahvata, mogu se pojaviti poremećaji stvaranja krvnih ugrušaka (tromboza), koji se može pomaknuti i na taj način zatvoriti krvnu žilu (embolija). S nekim od mogućih mjera predostrožnosti protiv ovih komplikacija ćemo Vas upoznati.

Ako postoje prateće bolesti (npr. bolesti srca, pluća, krvotoka, jetre ili zgrušavanja) koje povećavaju rizik pri operaciji, razgovarajte o njima sa svojim liječnikom.

**Naknadni zahvati**

Postupci za vrijeme pripreme, u vrijeme zahvata ili nakon njega kao što su infuzije, ili injekcije mogu ponekad rezultirati lokalnim ozljedama tkiva (apscesi u području iniciranja, nekroza, te ozljeda živaca ili krvnih žila). Ako je u iznimnim slučajevima nužna transfuzija krvi, nije moguće sa sigurnošću isključiti mogućnost infekcije, npr. virusom hepatitisa (upale jetre), te iznimno rijetko, oko 1:1000000 krvnih doza, HIV-om (AIDS).Također nije moguće sa sigurnošću isključiti uzročnik kravljeg ludila. Opasnost je minimalna. Ipak, transfuzija krvi nastoji se izbjeći, ako je to moguće.

ZAMJENSKI POSTUPCI

Kiretaža materišta, aspiracija sluznice maternice,ponekad i histerektomija*.*

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.