

PROSTOR ZA NALEPKO
/Podatki o pacientu/

(nalepka mora vsebovati naslednje podatke: priimek in ime; datum in kraj rojstva; prebivališče; ZZZS številka zavarovane osebe)

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU
INCIZIJA IN MARSUPIALIZACIJA

PODATKOVNI DEL

Pacientka je prejela kopijo podpisane privolitve (ustrezno označi):	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pacientka je prejela izvod pisnega pojasnila (ustrezno označi):	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik/ drugačna komunikacijska metoda):		

POJASNILNI DEL

(izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi)

1. Razlog obravnave:

1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB):

ABSCES BARTHOLINIJEVE ŽLEZE (N75.1) (ustrezno označi)

CISTA BARTHOLINIJEVE ŽLEZE (N75.8) (ustrezno označi)

1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):

2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):

INCIZIJA IN MARSUPIALIZACIJA

2.1. Način izvedbe oziroma potek:

Pisno pojasnilo v prilogi INCIZIJA IN MARSUPIALIZACIJA

2.2. Kakršni koli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi):

• Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov

• Infuzija tekočin ali aplikacija zdravil za umiritev alergične reakcije (v kolikor bi alergična reakcija nastala)

2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi):

2.3.1. Lokalno anestezijo (izvaja kirurg)

2.3.2. Splošno anestezijo / področno anestezijo / sedacijo (izvaja anesteziolog)

2.3.3. Pregled anesteziologa, v kolikor bi nastopila težja alergična reakcija

3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:

Pisno pojasnilo v prilogi INCIZIJA IN MARSUPIALIZACIJA

4. Pojasnilo o alternativah zdravljenja:

5. Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):

gi-ambs1@sb-nm.si

Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):	
Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 6:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Pacient je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila (če jih je pacient zahteval):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano):	
Poklicni naziv pojasnjevalca (tiskano):	
Datum in ura:	Podpis pojasnjevalca:

Izjava prevajalca oziroma tolmača:	
Pacientu sem prevajal oziroma tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, ki verjamem, da ga je zmožen razumeti.	
Priimek in ime prevajalca (tiskano):	
Poklicni naziv prevajalca (tiskano):	
Datum:	Podpis prevajalca:

Pacientova prepoved	
Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem. Navajam postopke/posege, za katere NE želim, da bi bili izvedeni:	
Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):	
Datum in ura:	Podpis pacienta*:

PRIVOLITVENI DEL

Pacientova izjava o PRIVOLITVI	
Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.	
Privolitev dajem svobodno .	
Razumem pomen in posledice privolitve.	
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.	
Razumem , da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (to se lahko nanaša le na paciente, ki potrebujejo splošno ali lokalno anestezijo).	
Razumem , da bo kakršen koli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.	

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):	
Datum in ura:	Podpis pacienta*:

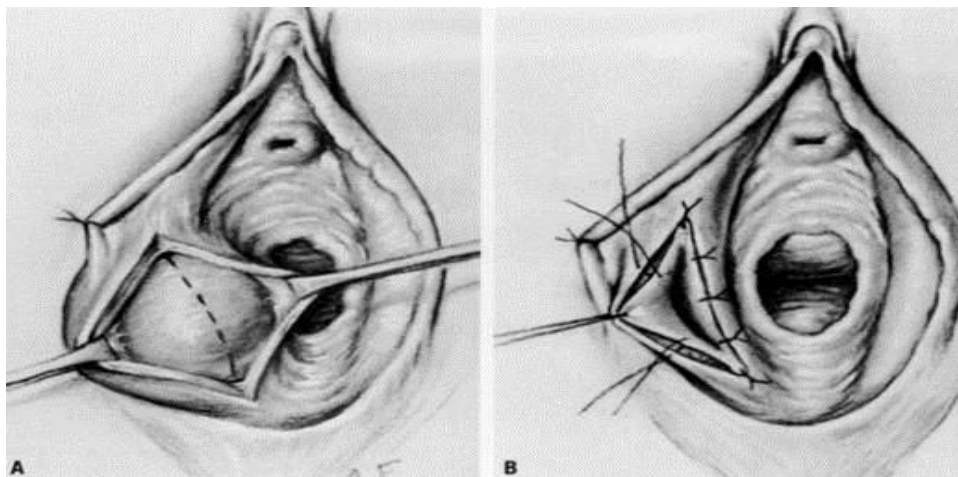
* V primeru zdravstvene oskrbe otroka, pri čemer se za otroka šteje oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost, privolitev podajo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica.

INCIZIJA IN MARSUPIALIZACIJA CISTE ALI OGNOJKA BARTHOLINIJEVE ŽLEZE

Incizija in marsupializacija Bartholinijeve žleze je operativna metoda zdravljenja, ki jo svetujemo v primeru pojava ciste ali abscesa v področju Bartholinijeve žleze, ki pacientki povzroča težave. Namen posega je odstranitev vsebine ciste ali ognojka z namenom olajšanja bolečine, umiritve vnetja in zmanjšanja možnosti ponovnega pojava ciste ali ognojka.

Pri posegu izpraznimo cisto ali ognojek in rano pustimo odprto, da lahko vsebina žleze nemoteno izteka.

Poseg opravimo v kratkotrajni splošni anesteziji ali lokalni anesteziji. S skalpelom zarežemo v cisto ali ognojek, ga izpraznimo, očistimo in odprto šivamo robove ovojnice navzven na kožo, da se lahko žleza po posegu nemoteno prazni.



Poseg običajno traja le nekaj minut in je večinoma varen, a kot vsak kirurški poseg ima lahko možne zaplete:

- zaplete povezane s splošno anestezijo (poslabšanje obstoječe sistemske bolezni, težave pri intubaciji, alergične reakcije,...), ki vam jih bo podrobneje razložil anesteziolog
- razširitev vnetja rane
- bolečine v področju rane
- nastanek hematoma v področju rane
- prekomerno krvavitev iz rane
- nastanek brazgotine v področju reza
- bolečine pri spolnem odnosu
- zelo redko lahko pride tudi do hudih zapletov kot je generalizirano vnetje (sepsa) ali do okužbe globokih mišičnih ovojníc (nekrotizirajoči fasciitis)

V 2-13 % lahko kljub uspešnemu posegu čez čas ponovno pride do nastanka ciste ali abscesa Bartholinijeve žleze.

Posebne okoliščine, ki jih lahko ugotovimo šele med posegom in v primeru zapleta nas lahko prisilijo, da je potrebno poseg spremeniti ali razširiti, zato vas prosimo, da nam to tudi dovolite.

Na vaša morebitna dodatna vprašanja bo natančneje odgovoril operater pred posegom.

Po operaciji boste, v kolikor bo to potrebno, na oddelku prejeli tudi zdravila proti bolečinam. Če bosta operacija in pooperativno obdobje potekala brez posebnosti, lahko bolnišnico zapustite v spremstvu svojcev že nekaj ur po posegu. Ob odpustu vas bo zdravnik seznanil s potekom posega, prejeli pa boste tudi ustrezna ustna in pisna navodila. Po posegu svetujemo počitek še 3-5 dni. Kontrolni pregled boste pri izbranem ginekologu opravili 14 dni po posegu.