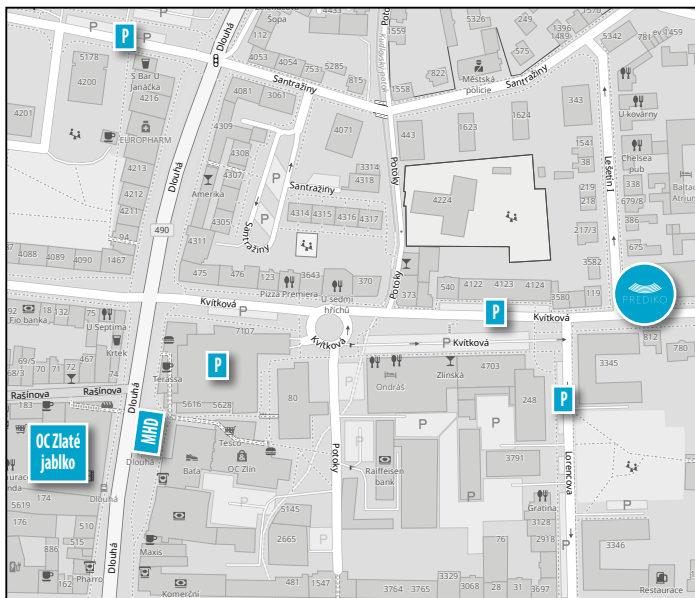


**PREDIKO Gyn s.r.o. • Lešetín I 6966, 760 01 Zlín**  
IČ: 29363551 • IČZ: 82815000



### Dotčená osoba:

Jméno/příjmení: ..... / .....

Číslo pojištění: ..... / .....

## Informovaný souhlas s předepsáním kombinované hormonální antikoncepce

Byla jsem seznámena s riziky užívání hormonální antikoncepce viz níže ...

podpis registrované pacientky, či zákonného zástupce

### Riziko vzniku krevních sraženin

Užívání hormonální antikoncepce může být spjato se zvýšeným rizikem vzniku krevních sraženin v žíлах nebo v tepnách k tzv. trombotické a trombembolické příhody.

**Riziko je vyšší v průběhu prvního roku užívání ,kdy žena poprvé začala užívat antikoncepci. Tento stav zvyšují i další faktory jako jsou:**

- kouření
- obezita
- zvýšený krevní tlak
- operační výkon, nebo úraz

Z toho titulu, pokud by jste se dostala do situace operačního výkonu či sádrové fixace či jaké koliv imobilizace na lůžku je nutno informovat lékaře o užívání hormonální antikoncepce.

U žen, které mají nepoznanou poruchu krevní srážlivosti tzv. mutace v genech pro faktor V a faktoru II tedy Leidenská mutace může dojít při užívání hormonální antikoncepce ke vzniku vyššího rizika tromembolických komplikací.

Pokud by jste měla zájem o vyšetření je možno ho provést v režimu samoplátce zde v centru PREDIKO.

Prosím o pečlivé prostudování příbalového letáku hormonální antikoncepce. V případě nesrovnalostí ev. nejasností kontaktovat lékaře. Také přikládám informace o genetickém vyšetření k vyloučení vrozených trombofilií.

Pacientka souhlasí s tím, že byla řádně poučena, měla možnost klást otázky a získat na ně přiměřenou odpověď.

V případě nezletilého pacienta souhlas podepisuje rodinný zástupce pacienta.

### Zákonný zástupce:

Jméno/příjmení: ..... / .....

Číslo pojištění: ..... / .....