VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ODSTRANĚNÍ KAMENE/Ů Z MOČOVÉHO MĚCHÝŘE ENDOSKOPICKY MOČOVOU TRUBICÍ (CYSTOLITOTRIPSE)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění kamene/ů z močového měchýře. Následkem tohoto onemocnění nebo stavu, může dojít k potížím s močením, jako jsou velmi časté nucení, velmi časté močení, přerušované močení, pocit neúplného vyprázdnění, vznik slabého proudu moče. Může se v moči objevit krev, a to i opakovaně, mohou vznikat opakované infekce močového měchýře, prostaty nebo ledvin včetně velmi těžkých s vysokými teplotami a to i opakovaně.

Chronické dráždění močového měchýře kamenem s případnou infekcí může po řadě let činit člověka náchylného ve vzniku méně častého druhu rakoviny močového měchýře. Kámen v močovém měchýři se může dále zvětšovat nebo jich může vzniknout větší množství.

Výkon má následující rizika:

- Rizika spojená s anestézií (podrobnosti vám vysvětlí odborný lékař anesteziolog).
- Možnost poranění močového měchýře nebo ústí močovodu. Výjimečně proto může být potřebná jiná operace.
- Vzniku infekce v močových cestách nebo nadvarlete.
- Krev v moči nebo krvácení do okolí močového měchýře.
- Poranění močové trubice.
- Možnost pozdějšího vzniku zúžení močové trubice.
- Únik moče přes stěnu břišní nebo do břicha.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Operace z řezu v podbřišku: s otevřením močového měchýře a odstraněním kamene/ů. Výhodou je obvykle kratší trvání operace a zejména možnost odstranění velmi velkých kamenů, nebo pokud jich je velké množství. Nevýhodou je nutnost řezu a delší zotavení po operaci.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Přes močovou trubici se do močového měchýře zavede nástroj s kamerou, který je umožní prohlédnout. Poté se použijí speciální kleště nebo jiné nástroje k drcení kamenů a po jejich rozdrcení se úlomky odstraní/vypláchnou z močového měchýře.

Po operaci je do močového měchýře zavedena močová cévka k zajištění odvodu moče, která se po operaci za několik dní odstraní.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Na zhruba 2 týdny po operaci nebude možné provádět výraznější fyzickou námahu, sport (včetně např. práce na zahradě, posilování) nebo zvedat těžší břemena.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Pracovní neschopnost nejčastěji trvá přibližně stejně dlouho, ale délka se může individuálně lišit v závislosti na závažnosti vaší práce nebo celkovém stavu. Je důležité pít dostatečné množství tekutin (2-3 litry denně), pokud možno močit pravidelně a moč nepředržovat, vyvarovat se prochladnutí. Někdy může být potřebné užívání léků, jako jsou například antibiotika nebo léky ke zlepšení močení.

Další potřebná léčba:

Za 2-4 týdny po operaci je doporučena kontrola. Možná bude potřeba provést kontrolní vyšetření moče a mohou být nutná vyšetření k posouzení účinnosti vyprazdňování močového měchýře.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....	.....
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka