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):

OTEVŘENÁ PLASTIKA VODNÍ KÝLY ŠOURKU (HYDROKÉLY)

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Účelem operace je vypuštění tekutiny, přetočení obalů varlete, tak aby nedocházelo k hromadění tekutiny v uzavřené dutině.

Výkon má následující rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Vždy vzniká přechodný pooperační otok šourku (vymizí za několik týdnů).
- Krvácení se vznikem krevní podlitiny šourku nebo nutností druhé operace.
- Vznik infekce v operační ráně.
- Vznik zánětu nadvarlete.
- Výjimečně možnost návratu hydrokély.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Punkce hydrokély: jde o vypuštění tekutiny vpichem injekční stříkačkou. To je možné provést ambulantně, případně i vícekrát opakovat. Obvykle se nejedná o trvalé vyřešení, protože až na výjimky dochází k opětovnému doplnění tekutiny. Rizikem je infekce v šourku nebo krvácení do dutiny šourku.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Z řezu na šourku se celá dutina s tekutinou uvolní, poté otevře a tekutina se vypustí. Zbytnělé obaly je možno zčásti odstřihnout a pak se sešijí kolem nebo za varletem a varle se vloží zpět do šourku.

Po operaci se do místa operace často vkládá malá trubička (drén) k odvodu pooperačního sekretu a krve, která se odstraní během několika dní.

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

Pracovní neschopnost je podle závažnosti fyzické práce 1-2 týdny. Je vhodné omezení výrazné fyzické zátěže alespoň na 1 měsíc po operaci, vhodné je nošení pevnějšího spodního prádla k podpoře šourku. Nedoporučuje se koupání v přírodních koupalištích do úplného zhojení rány.

Další potřebná léčba:

Kontrola k odstranění stehů zhruba za 7-10 dní.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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