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):

☐ **ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE, MOČOVÉ TRUBICE (U MUŽE TAKÉ PROSTATY) PŘES MOČOVOU TRUBICI KAMEROU (CYSTOSKOPIE)**

☐ **ODBĚR DROBNÝCH VZORKŮ SLIZNICE A STĚNY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE (BIOPSIE)**

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

Účelem tohoto výkonu je vyloučení chronického zánětu, intersticiální cystitidy. Výkon napomůže určit problémy nebo poruchy močové trubice, prostaty nebo močového měchýře a podle toho dále řídit léčebný proces.

Plánovanými postupy při léčbě jsou prohlédnutí močového měchýře, močové trubice (u muže také prostaty) přes močovou trubici kamerou (cystoskopie), podle nálezu v močovém měchýři a podle posouzení operatérem také odběr několika drobných vzorků sliznice a stěny měchýře, biopsie.

Následkem tohoto onemocnění nebo stavu může dojít:

- K bolestem v močovém měchýři, malé pánvi.
- Ke svraštění močového měchýře, zmenšení kapacity, vzniku inkontinence, úniku moče.
- Pokud by se jednalo o nádorové onemocnění, pak při nestanovení správné diagnózy může dojít postupu onemocnění se vznikem vzdálených ložisek (metastáz), ostatní onemocnění močového měchýře nebo prostaty mohou být příčinou opakovaných infekcí, krvácení do moče nebo poruch vyprazdňování močového měchýře.

Rizika a důsledky léčby:

- V případě, že výkon bude prováděn v anestézii, jsou možná rizika spojená s anestézií, ta Vám vysvětlí odborný lékař anesteziolog.
- Dočasně (po odstranění cévky) pocit pálení v močové trubici, močení může být častější.
- Vznik infekce močových cest.
- Krev v moči.
- Zástava močení (retenci moče) po odstranění cévky.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Toto vyšetření nemá jinou spolehlivou alternativu. Metody jako ultrazvuk, počítačová tomografie (CT) nebo vylučovací urografie (rentgenové vyšetření močových cest s podáním kontrastní látky do žíly) nejsou k vyloučení zánětu spolehlivé.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Močovou trubicí se zavede nástroj s kamerou. Tento nástroj může rovný nebo ohebný. Výkon je možné provádět v místní znecitlivění nebo také při anestézii. S pomocí kamery jsou pak postupně prohlédnuty močová trubice, prostata a močový měchýř, který je plněn tekutinou. Podle uvážení operatéra je možno odebrat drobné vzorky sliznice a stěny močového měchýře malými klíšťkami, místo po odběru je ošetřeno koagulací (popálením) proti krvácení.

Po výkonu je někdy vhodné zavést do močového měchýře cévku k odvodu moče, k prevenci bolestí a krvácení.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Mohou vzniknout při přechodných potížích s močením. Pokud je výkon prováděn v anestézii, je nutná pracovní neschopnost minimálně jeden den. Pracovní neschopnost může být nutná při léčbě případné infekce močových cest.

Je doporučeno pít dostatečné množství tekutin, pravidelně močit a močení dlouho nezadržovat, neprochladnout, někdy může být nutné užívání antibiotik.

Další potřebná léčba:

Případné další výkony budou záviset na zjištěném nálezu.

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