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 NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PŘÍSTUPEM PŘES MOČOVOU TRUBICI ZA POUŽITÍ LASERU, DLE POTŘEBY ZAVEDENÍ STENTU (VNITŘNÍ DRENÁŽE) DO PRAVÉ NEBO LEVÉ LEDVINY POKUD BYLA OPERACE V MÍSTĚ ÚSTÍ MOČOVODU

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

Účelem tohoto výkonu je odstranění nádoru přístupem přes močovou trubici laserem.

Následkem tohoto onemocnění nebo stavu může dojít k prorůstání do okolí nebo vytvoření vzdálených ložisek (metastáz) případně způsobení úmrtí, pokud se jedná o zhoubný nádor (rakovinu), nebo ke krvácení nebo ucpání močového měchýře krevními sraženinami nebo případné ucpání močovodu (výjimečně obou) v místě jeho vstupu do močového měchýře.

Rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Možnost proniknutí přes celou šíři močového měchýře do dutiny břišní, vyžadující otevřenou operaci, zavedení drénu (odvodné hadičky) dutiny břišní a sešití močového měchýře.
- Krvácení při nebo po operaci vyžadující podání transfuze nebo druhé operace.
- Přechodné ucpání močového měchýře krevními sraženinami.
- Vznik infekce v močových cestách nebo jinde v těle.
- Vznik zúžení močové trubice (striktury), které může vyžadovat pozdější operační výkon.
- Pokud se nádor vyskytuje v oblasti ústí močovodu, odstraňuje se stejným způsobem jako jinde v močovém měchýři, ale do močovodu je pak možné do močovodu zavést stent (vnitřní drenáž), který brání vzniku zúžení ústí močovodu.
- Vznik blokády močovodu pooperačním otokem měchýře. Moč je pak nutné odvést z ledviny zavedením hadičky přes kůži na boku (nefrostomie).
- Močení po odstranění cévky může být přechodně s pocitem pálení/řezání nebo může být častější.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Nejčastěji se provádí odstranění nádoru přes močovou trubici, transuretrální resekce, která vede k jeho odstranění a získaná tkáň je odeslána na vyšetření.

U malých a povrchových nádorů je možné provést pouze koagulaci (spálení), ale to neumožňuje odběr vzorku na histologické vyšetření.

Otevřená operace spojená s odstraněním části močového měchýře s nádorem (otevřená resekce močového měchýře nebo také parciální cystektomie, odstranění části močového měchýře. To je možné jen v některých částech měchýře, a jen pokud není nádor mnohočetný nebo příliš hluboko prorůstající.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Močovou trubicí se do močového měchýře zavede nástroj s laserem, který nádor spálí. Do měchýře je zavedena močová cévka, která je za několik dní odstraněna.

V případě umístění nádoru v místě vyústění močovodu může být do ledviny zavedena vnitřní dutá plastová hadička (stent) k zajištění dobrého odvodu moče. Tato hadička se později odstraní nebo vymění.

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

Na přechodnou dobu může být močení častější nebo s pocitem pálení/řezání. Pracovní neschopnost může

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

být několik dní až týdnů podle závažnosti Vaší práce.
Je doporučeno pití dostatečného množství tekutin (2-2,5 litru za den), pravidelně močit, zabránit prochladnutí. Na dobu několika týdnů (obvykle 4-6 týdnů) není možno provádět výraznější fyzickou námahu (např. práci na zahradě, cvičení, zvedání těžkých břemen) a není doporučeno jezdit na kole.

Další potřebná léčba:
Kontrolní vyšetření za 2-3 týdny, kde se dozvíte další doporučený postup v závislosti na výsledku histologického vyšetření odebraných vzorků.

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