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 VARLETE S ČÁSTÍ SEMENNÉHO PROVAZCE (RADIKÁLNÍ ORCHIEKTOMIE)

☐ **VLEVO**
☐ **VPRAVO**

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

Radikální orchiektomie je operační léčba vedoucí k odstranění varlete s částí semenného provazce při podezření na zhoubný nádor (rakovinu) varlete. Následkem tohoto onemocnění, pokud by se jednalo o nádor varlete, je možné jeho rozšíření do jiných částí těla a s postupem onemocnění může dojít k úmrtí. Odstranění varlete je jednak léčebné, protože odstraní hlavní nádorové ložisko, a současně je možné určit přesnou diagnózu a typ postižení. To umožňuje plánovat případnou další léčbu.

Pokud má muž z různých příčin už před touto operací pouze jedno varle, které je nutné odstranit, dojde vždy ke vzniku neplodnosti a k poklesu mužského pohlavního hormonu testosteronu. Pokles testosteronu může vést k řadě změn, z nichž nejčastější jsou změny nálady, větší únavnost, zmenšení objemu svalové hmoty nebo zvýšení tělesné hmotnosti.

Rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Vznik infekce v místě operační rány nebo v šourku.
- Krvácení se vznikem krevní podlitiny nebo nahromadění krve (hematomu) v místě operace nebo v šourku. Výjimečně si tento stav může vyžádat další operaci k jeho odstranění nebo k zastavení krvácení.
- Vznik tříselné kýly.
- Snížení nebo vymizení citlivosti kůže šourku na straně, kde bylo varle odstraněno.
- I pokud je druhé varle zdravé, může dojít ke snížení plodnosti nebo úplné neplodnosti.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jen zcela výjimečně u současného postižení obou varlat nebo při velmi malém nádoru u osoby s jediným varletem, je možné pokusit se o zachování části varlete s odstraněním pouze nádoru. Výhodou může být zachování částečné tvorby mužského hormonu testosteronu, ale je riziko ponechání okem neviditelných mikroskopických částí nádoru s rizikem dalšího postupu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operační řez se provede v úrovni třísla, kde se odhalí semenný provazec. Při tom je obvykle nutné částečně otevřít tříselný kanál. Poté se svorkou na přechodnou dobu omezí průtok krve cévami varlete, což umožní nerušené vytažení varlete ze šourku do operační rány, jeho prohlédnutí a případně naříznutí. Pokud je zrakem potvrzena abnormalita ve varleti, je semenný provazec podvázán a po jeho přerušení varle odstraněno. Tříselný kanál je pak plastikou uzavřen. Do místa operace se někdy vkládá drén (trubička) k odvádění pooperačního sekretu a krve. Drén je po několika dnech odstraněn.

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

Nemožnost vykonávat výraznější fyzickou námahu na 4-6 týdnů s dodržováním klidového režimu (nelze sportovat, posilovat, zvedat těžší břemena apod.). Protože je operace v třísle, může to do určité míry

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

působit potíže při řízení motorových vozidel. Pracovní neschopnost závisí na obtížnosti Vaší práce, ale při nekomplikovaném pooperačním průběhu nejčastěji bývá 4-6 týdnů.

Další potřebná léčba:

Kontrola po operaci je za 1-2 týdny k odstranění stehů. Budou provedena ještě vyšetření rentgenem nebo CT (počítačová tomografie), případné kontrolní krevní odběry. Podle výsledků histologického vyšetření odstraněného varlete a dalších doplňkových vyšetření bude pak plánovaná případná další léčba (do úvahy přichází ozařování, chemoterapie - podávání cytostatik, případně operace mízních uzlin).

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