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):

STAŽENÍ VARLETE DO ŠOURKU (ORCHIDOPEXE)

☐ **VLEVO**
☐ **VPRAVO**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je umístit varle do šourku, obvykle při stavu, který se nazývá retence varlete (varle není v šourku). Předpokládaným prospěchem je zlepšení podmínek pro vývoj a funkci varlete, varle bude také možné vyšetřovat pohmatem.

Následkem tohoto onemocnění nebo stavu může dojít k poškození varlete a následnému snížení plodnosti - snížení pravděpodobnosti početí dítěte přirozenou cestou. Varle umístěné mimo šourek také není možné vyšetřit pohmatem a tak by mohlo dojít k pozdnímu zjištění některých onemocnění, jako jsou například záněty nebo zhoubné nádory (rakovina).

Výkon má následující rizika:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Zánět/infekce v ráně.
- Špatné hojení nebo rozpad operační rány.
- Krvácení vyžadující druhou operaci.
- Uvolnění varlete a jeho vtažení zpět do třísla.
- Zmenšení (atrofie) varlete.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

V dětském věku je možné vyzkoušet nejprve hormonální léčbu. Pokud tato léčbě není úspěšná nebo v dospělém věku je operace jedinou možností.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Nejprve je proveden řez v oblasti třísla, kde bude vyhledáno varle v tříselním kanále. Dále uvolněno a je podvázán případný kýlní vak, který může být přítomen. Následně je proveden řez na šourku a varle bude do šourku protaženo a tam upevněno stehem. Pokud je semenný provazec kratší, může být dočasně zajištěno (fixováno) zevně přes tamponek.

Pozor: Pokud je varle výrazně změněno a zmenšeno může být vhodné i odstranění postiženého varlete.

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

Je nutné fyzické šetření na 4-6 týdnů, může být potřebná pracovní neschopnost dle charakteru vašeho zaměstnání, neměl byste sportovat nebo pracovat na zahradě. Je důležité chránit šourek před úrazem.

Do odstranění nebo vypadnutí stehů není doporučené jakékoliv koupání. Je možné se bez problémů sprchovat.

Obvykle ke změně zdravotní způsobilosti nedochází.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Kontrola na ambulanci dle doporučení při propuštění a odstranění stehů. Může být potřeba ultrazvukové vyšetření šourku.

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