INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ENDOSKOPICKÉ PROTNUTÍ/PROŘÍZNUTÍ ZÚŽENÉHO MÍSTA MOČOVÉ TRUBICE (VNITŘNÍ OPTICKÁ URETROTOMIE)

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

Optická uretrotomie je operační léčba vedoucí k odstranění zúžení (striktury) močové trubice, které může způsobovat obtížné močení až zástavu močení (retence), opakované infekce močových cest nebo nadvarlete u mužů, vznik konkrementů (kamenů) v močovém měchýři, vznik výchlipek (divertiklů) močového měchýře, špatné vyprazdňování močového měchýře a výjimečně i poškození ledvin v důsledku vysokého tlaku v močovém měchýři nebo následkem velkého objemu zbytkové moče.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění zúženiny močové trubice s cílem zlepšit močení a zabránit vzniku výše uvedených následků.

Rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Krvácení z močové trubice nebo přítomnost krve v moči.
- Vznik infekce močových cest nebo nadvarlete u mužů.
- U zúžení v místě svěrače je riziko dočasného nebo trvalého úniku moče.
- Po odstranění močové cévky často bývá na přechodnou dobu přítomno pálení/řezání při močení.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jednorázové nebo opakované rozšiřování zúženého místa cévkami (dilatace): obvykle jde o ambulantní zákrok, provádí se bez znecitlivění. Riziko opětovného zúžení po prostém rozšíření cévkou je velmi vysoké.

Pravidelné rozšiřování zúženiny cévkami doma prováděné pacientem nebo jinou osobou (autodilatace): to vyžaduje určitou zručnost a pečlivé dodržování hygienických opatření k zabránění vzniku infekce.

Otevřená operace (uretroplastika), při které se poškozené místo různými technikami vytne nebo nahradí nebo rozšíří. Používají se často jiné tkáně k náhradě, jako jsou předkožka nebo sliznice z úst. Výkon je větší, spojen s několikadenním pobytem v nemocnici, ale riziko opětovného zúžení je nejmenší.

Trvale zavedená cévka přes močovou trubici nebo přes podbřišek: jsou však nutné pravidelné výměny. Tato varianta je většinou vhodná pro osoby, které v důsledku určitých onemocnění nemohou podstoupit jiný zákrok.

Zavedení speciální výztuže do močové trubice (uretrálního stentu): to může vést k dlouhodobému efektu, ale je riziko samovolného posunu stentu, opakovaných infekcí močových cest nebo tvorby usazenin (inkrustací) na stentu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Do močové trubice se zaveden endoskopický nástroj s kamerou a speciálním nožíkem se zúžené místo na jednom nebo více místech protne. Nakonec se do močové trubice zavedené močová cévka pro odvod moče, která se během několika dní odstraní.

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

Několik dní po odstranění cévky může přetrvávat pálení/řezání při močení nebo ojediněle krev v moči či z močové trubice. Významnější omezení může nastat po protnutí zúženin močové trubice v místě svěrače, kdy může dojít k únikům moče.

Po výkonu je doporučeno pít dostatek tekutin (2-2,5 litru za den), pravidelně močit a zabránit prochlazení. Na 1-2 týdny je doporučeno nevykonávat těžší fyzickou práci nebo námahu (např. sport, práce na zahradě). Délka pracovní neschopnosti závisí na závažnosti Vaší práce, nejčastěji ale nepřesáhne 2 týdny.

Další potřebná léčba:

Kontrolní vyšetření bývá obvykle za několik týdnů podle dohody s Vaším operatérem, kdy se zúžené místo může kontrolovat měřením průtoku, endoskopicky kamerou nebo rentgenem.

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:

.....

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
jméno, příjmení a podpis svědka	