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):

OTEVŘENÁ OPERACE S ODSTRANĚNÍM ZÚŽENÉHO MÍSTA A SPOJENÍM ZDRAVÝCH KONCŮ MOČOVÉ TRUBICE

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je obnovit přirozený průměr močové trubice a tím normalizovat průtok moče a vyprazdňování močového měchýře ve snaze zabránit výše uvedeným následkům. Indikací k tomuto výkonu je zúžení močové trubice.

Zdravotní výkon má následující rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Prakticky vždy vzniká různě velký otok a krevní podlitina na šourku a na hrázi.
- Infekce/zánět v oblasti operačního pole, v moči nebo nadvarleti, případně jinde v těle.
- Špatného hojení operační rány s jejím otevřením (dehiscence).
- Velmi vzácně píštěl močové trubice, jde o spontánně nově vytvořené spojení močové trubice na povrch kůže (může vyžadovat další operaci k jejímu odstranění).
- Vzácně výchlipka močové trubice v místě operace (může vyžadovat další operaci k jejímu odstranění).
- Zkrácení močové trubice vedoucí k mírnému zahnutí penisu dolů.
- Mírné riziko zhoršení erekce nebo může být oblast žaludu při erekci měkčí.
- Riziko opětovného zúžení močové trubice.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Endoskopické protnutí zúženého místa (přístup kamerou přes močovou trubici): operace je kratší a je méně zatěžující. Endoskopickou operaci je možno vícekrát opakovat, ale je vyšší riziko opětovného vzniku zúženiny.

Otevřená operace močové trubice s doplněním nebo nahrazením části močové trubice v místě zúženiny záplatou (uretroplastika): tato operace je náročnější a komplikovanější, je nutné odebrat část tkáně z předkožky nebo z úst k vytvoření záplaty. Tato operace je vhodnější pro zúženiny dlouhé nebo mnohočetné.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Řez je veden na hrázi mezi šourkem a konečníkem, kudy se pronikne k močové trubici. Po jejím uvolnění se najde zúžené místo, v dostatečném rozsahu se močová trubice vytne a pak se opět spojí její zdravé okraje. Po operaci může být před močovou trubici zavedena cévka do močového měchýře k odvodu moče a jako doplněk může být ještě zavedena hadička do močového měchýře přes podbřišek. Tyto cévky jsou pak postupně odstraněny.

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

Na přibližně 3 týdny je nutné mít cévku přes močovou trubici k odvodu moče, po dobu 6-8 týdnů od operace je nutná pohlavní zdrženlivost, pracovní neschopnost závisí na typu činnosti, kterou vykonáváte. Nejčastěji je pracovní neschopnost 4-6 týdnů, ale při fyzicky velmi náročné práci může být i delší.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Odstranění některých stehů, kontrolní vyšetření močové trubice rentgenem nebo kamerou (endoskopicky) nebo funkčním vyšetřením.

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