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): **IMPLANTACE (VOPEROVÁNÍ) PROTÉZY (NÁHRADY) VARLETE** ☐ **VLEVO** ☐ **VPRAVO**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Náhrada varlete se do šourku implantuje v případě chybění varlete (vrozený stav, stav po operaci), obvykle z důvodů kosmetických a psychických. Uvedený zdravotní výkony má následující rizika a důsledky léčby: - Rizika spojená s anestézií (vysvětlí Vám je odborný lékař anesteziolog). - Infekce v místě operace/protézy, výjimečně může vést k rozpadu rány a uvolnění protézy nebo může být nutné protézu i odstranit. - Krevní podlitina v místě operace nebo na kůži, může to výjimečně vést i k uvolnění protézy. - Nahromadění nezánětlivé tekutiny/výpotku kolem protézy. - Prasknutí (ruptura) protézy během operace nebo kdykoliv v budoucnu, např. následkem násilí, nárazů, tlaků, enormního cvičení aj. - Špatné hojení kůže v okolí protézy následkem špatné krevní cirkulace nebo infekce s možností uvolnění/vypadnutí protézy. - Samovolný pohyb (migrace) protézy směrem k tříslu. - Nespokojenost s kosmetickým výsledkem (např. kvůli velikosti, tuhosti, poloze protézy). - Vzácně reakce na materiál protézy (jizvení okolní tkáně nebo alergická reakce). Pozor: protéza mívá jinou tuhost než obvyklé varle.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Ponechání šourku bez varlete.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Z řezu při kořeni penisu nebo na šourku je v šourku vytvořena dutina, do které je protéza varlete vložena, může být přichycena i stehem na vnitřní stranu šourku.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Doporučuje se klidový režim po dobu určenou lékařem (včetně zákazu sportu), nezvedat těžší břemena, do vypadnutí či odstranění stehů je vhodné jen sprchování rány (nekoupat se), může být potřeba přechodně užívat antibiotika či jiné léky, je nutno chránit šourek před nadměrnou námahou, násilím nebo nárazy, a to i budoucnu.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Pouze ambulantní sledování po operaci, odstranění stehů z operační rány.

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