INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

OPERACE PŘES MOČOVOU TRUBICÍ ZAMĚŘENÁ NA ZASTAVENÍ KRVÁCENÍ Z PROSTATY/MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je zastavit/zmenšit krvácení z prostaty nebo močového měchýře.

Následkem tohoto onemocnění nebo stavu může dojít k výrazné krevní ztrátě, nutnosti transfuze krve (převodu cizí krve), ucpávání cévky, poruchám krevního oběhu s poklesem krevního tlaku, případně úmrtí na selhání oběhu.

Nástroje se zavádějí močovou trubicí a celý výkon je sledován na obrazovce zavedenou kamerou.

Výkon má následující rizika:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Vznik dočasného nebo trvalého mimovolního úniku moče (inkontinenci) u 2-3 % operovaných.
- Vznik zúženiny (striktury) močové trubice či hrdla močového měchýře u 3-4 % operovaných, což může vyžadovat pozdější operační výkon.
- Vznik krvácení při nebo po operaci vyžadující podání transfuze nebo následnou operaci.
- Přechodné ucpání močového měchýře a cévky krevními sraženinami.
- Vznik infekce v moči nebo jinde v těle.
- Močení po odstranění cévky přechodně s pocitem pálení/řezání nebo může být častější.
- S odstupem několika dní až týdnů po operaci přechodné krvácení, které si může vynutit nové přijetí do nemocnice nebo operační zákrok.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Sledování, pokus o ovlivnění krvácení léky, transfuze krve: obvykle mají výrazně menší pravděpodobnost úspěchu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Přes močovou trubici se zavede pracovní nástroj s kamerou až do oblasti prostaty a močového měchýře. Po detailním prohlédnutí této oblasti jsou místa krvácení popáleny (zastaví se krvácení), může být současně provedena i operace prostaty nebo močového měchýře s odběrem vzorků tkáně na histologické vyšetření (mikroskopické vyšetření vzorku tkáně).

Na konci operace je přes močovou trubici do močového měchýře zavedena cévka k odvodu moče a vyplachování měchýře od zbytků krvácení. Močová cévka se po několika dnech odstraní.

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

Na přechodnou dobu může být močení zhoršeno pálením nebo řezáním, možností dočasného nebo trvalého úniku moče s nutností používáním speciálních pomůcek. Pracovní neschopnost bývá několik týdnů v závislosti na závažnosti Vaší práce.

Po výkonu se obecně doporučuje pití dostatečného množství tekutin (2-2,5 litru za den), pravidelně močit, zabránit prochladnutí.

Na dobu několika týdnů (obvykle 4-6 týdnů) není možno provádět výraznější fyzickou námahu (např. práci

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

na zahradě, cvičení, zvedání těžkých břemen) a není doporučeno jezdit na kole.

Další potřebná léčba:

Na ambulanci proběhne kontrolní vyšetření za 2-3 týdny po operaci a dále pak v několikaměsíčních intervalech sledování vyprazdňování měchýře ultrazvukem, kontrola průtoku moče.

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