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):

PROPLACH TOPOŘIVÝCH TĚLES PENISU PROTISRÁŽLIVÝMI LÉKY A PODÁNÍ LÉKŮ OVLIVŇUJÍCÍCH CÉVY PŘI PRIAPIZMU (CHOROBNÉ DLOUHODOBÉ ZTOPOŘENÍ PENISU)

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

Účel výkonu je zrušit, ukončit dlouhodobou bolestivou erekci.

Jedná se o proplachy penisu protisrážlivými látkami a podání léků, které snižují cévní průtok (například noradrenalin), do topořivého tělesa penisu.

Předpokládaný prospěch výkonu je včasným zrušením erekce dosáhnout ochrany topořivého tělesa před nevratnými změnami, které by erekci zcela znemožňovaly.

Následky a možná rizika zdravotního výkonu:

- Poruchy krevního oběhu, velmi vysoký tlak, bušení srdce, velmi rychlá tepová frekvence nebo poruchy srdečního rytmu (arytmie).
- Krevní podlitiny na penisu.
- Infekce / zánět penisu nebo měkkých tkání na penisu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Vyčkávací postup: obvykle nevede k žádnému zlepšení.

Operace: vytvoří se spojka mezi topořivými tělesy penisu, provádí se, pokud nedojde ke zlepšení po proplaších a podání léků do penisu (s rizikem běžného operačního výkonu v celkovém nebo místním znecitlivení).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Do penisu se ze strany zavede jehla a poté se opakovanými proplachy a/nebo podáváním léků (například noradrenalin, ale mohou být i jiné) snažíme dosáhnout ústupu erekce.

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

Samotný zdravotní úkon v tomto rozsahu nevede k omezení pracovní schopnosti, ta je omezena pouze dočasně vzhledem ke vzniku chorobného ztopoření. Dále je vhodný klidový režim, chlazení, elastická bandáž, léky proti bolesti.

Další potřebná léčba:

Obvykle dočasné ambulantní sledování. V určitých případech je vhodná léčba poruchy erekce, která vznikla priapizmem.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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