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) PODPŮRNÉ PÁSKY POD MOČOVOU TRUBICI (SYSTÉM ADVANCE)

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

Účelem operace: zmírnění či úplná úprava inkontinence, úniku moči. Vytvořit podporu močové trubice, zvýšit výtokový tlak v oblasti močové trubice, který bude zabraňovat úniku moče. Podle studií a dlouhodobého sledování je účinnost tohoto výkonu 85 %.

Povaha výkonu: jde o umělé vytvořenou podporu močové trubice páskou AdVance.

Předpokládaný prospěch: snaha o snížení či úplné vyléčení inkontinence, úniku moči.

Možná rizika a následky:

- Rizika spojená s anestézií a operací (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Retence moče (zvýšené množství zbytkové moče v močovém měchýři či nemožnost močení vůbec) po odstranění močové cévky (u 10 % pacientů); velká většina pacientů je po odstranění močové cévky však plně kontinentní (udrží zcela moč) a je schopna spontánního močení bez jakýchkoli komplikací.
- Infekce v oblasti rány na hrázi, pokud je dlouhodobá, může vést až k nutnosti odstranění pásky.
- Pooperační bolesti v oblasti tříisel nebo stehen (jedná se o bolesti středně silné a slabší), které vyžadují nějaký typ léčby (analgetika).
- Vzácně poranění močové trubice či dokonce stěny močového měchýře, defekt bývá rozpoznán přímo během operačního výkonu a znovuzavedení pásky správnou cestou a delší ponechání močové cévky je řešením této komplikace.
- Antibiotika nejsou automaticky doporučována, v určitém procentu případů (do 2 %) může však dojít ke vzniku infekce močových cest.
- Po dobu nutnou k hojení rány/ran jsou přítomny stehy v oblasti tříselné rýhy a oblasti na hrázi.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Rehabilitace pánevního svalstva s očekávaným efektem na zvýšení tlaku v oblasti močové trubice, a tím zabránění úniku moče (většinou nemá větší efekt při pokročilejších stádiích onemocnění).

Aplikace umělého svěrače močové trubice AMS 800: výkon je určen pro pacienty s úplným (totálním) únikem moči, v současné době je počet limitován rozhodnutím zdravotních pojišťoven.

Aplikace jiných podpůrných systémů typu této pásky v kombinaci s jinými mechanismy (silikonová podložka, podložka plnitelná roztokem apod.).

Léčba tabletami s efektem na oblast zvýšení tlaku v oblasti močové trubice a jejího svěrače (většina podávaných léků však neúčinkuje specificky jen na tuto oblast nebo jsou účinky slabé, eventuálně mohou léky vytvářet vedlejší nežádoucí účinky).

Aplikace bobtnacích materiálů pod sliznici močové trubice, téměř se nepoužívají.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zavedení pásky AdVance vykazuje menší náročnost, lehčí pooperační průběh než při zavedení umělého svěrače AMS 800, menší pooperační komplikace ve srovnání s ostatní podobnými páskovými mechanismy, které jsou doplněny např. plnitelnými balonky či podpůrnými destičkami. Ale může mít menší efekt než implantace (zavedení) umělého svěrače AMS 800.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operační výkon většinou následuje další den po přijetí na lůžko pracoviště (pokud není s operatérem dohodnuto jinak či výkon neprobíhá v režimu ambulantní nebo jednodenní chirurgie).

V narkóze či znecitlivení (o jehož druhu budete informováni operatérem a poté i lékařem anesteziologem) v gynekologické poloze bude nejprve vypuštěn obsah močového měchýře cévkou. Potom se provede krátký řez (cca 1 cm) v oblasti hráze (perinea) nad konečníkem. Z tohoto řezu se po obou stranách močové trubice vytvoří prostor pro zavedení pásky. Ta se pak, pomocí zvláštních jehel, které jsou součástí výrobcem dodávané sady, protáhne z tohoto otvoru do tříselné rýhy na obou stranách. Následuje upravení polohy pásky, uvolnění jejího plastového obalu, který je odstraněn, páska je uložena v definitivní poloze a její střední část je přišita ke svalu, který obemyká močovou trubici.

Výkon je ukončen stehem řezu na hrázi a stehem na krátkém kožním řezu v obou tříselných rýhách, zavedením cévky do močového měchýře a naložením sterilního obvazu na operační ránu. Cévka se obvykle do 24 hodin odstraňuje.

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

Bezprostředně po výkonu a několik týdnů (obvykle 4-6 týdnů) se doporučuje nevykonávat výraznější fyzickou námahu, zvedání a přenášení těžších nákupních tašek a zavazadel, posilování, silové sporty, koupání v bazénech a přírodních koupalištích, návštěvu sauny. Po stejnou dobu je vhodné vynechat určité sexuální aktivity.

Provádění běžných hygienických úkonů (sprchování) není omezeno (po dobu, po kterou jsou v ráně přítomny stehy, pouze nejsou 3-4 týdny vhodné sedací koupele). Pracovní neschopnost se řídí charakterem zaměstnání a výše uvedenými omezeními (většinou netrvá déle než 1-2 týdny).

Další potřebná léčba:

Obvykle žádná.

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:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
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	