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):

ODSTRANĚNÍ UMĚLÉHO SVĚRAČE MOČOVÉ TRUBICE

(CELÉHO MECHANISMU NEBO JEHO ČÁSTI)

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranit celý mechanismus umělého svěrače močové trubice (nebo jeho části) a zabránit tak opakování infekcí i s těžkým, život ohrožujícím průběhem, krvácení, vznik kamenů v močových cestách nebo nemožnost spontánního (samostatného) močení.

Výkon má následující rizika:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Pokračování nebo nový vznik infekce/zánětu v moči, v operační ráně nebo jinde v těle.
- Krvácení.
- Návrat úniků moče/inkontinence různého stupně závažnosti.
- Vznik zúženin močové trubice.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Pokud je tento výkon indikován, pak nejsou jiné alternativy.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Z řezu na hrázi a podbřišku se odstraní všechny části mechanismu umělého svěrače močové trubice (nebo jeho část), obvykle bývá zavedena cévka do močového měchýře.

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

Může dojít k omezení následkem opětovně nebo nově vzniklého úniku moče, dočasně může být nutno mít zavedenou cévku do močového měchýře přes močovou trubici a/nebo přes podbřišek. Na několik dní až týdnů se nedoporučuje sportovat nebo provádět jinou fyzicky náročnou činnost. Délku takového omezení vám upřesní váš lékař.

Další potřebná léčba:

Může být potřeba užívat antibiotika, kontroly na ambulanci, mohou být provedena vyšetření moče a/nebo ultrazvukové vyšetření.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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