VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ORCHIOFIXACE – OPERAČNÍ PROHLÉDNUTÍ (REVIZE) ŠOURKU A UCHYCENÍ (FIXACE) VARLETE KE STĚNĚ ŠOURKU

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

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

Důvodem k výkonu je zvýšená pohyblivost varlete, bolesti a riziko tzv. torze varlete, tedy stavu, kdy dojde k otočení cévního zásobení varlete a možnému poškození tkáně varlete (eventuálně jeho odumření).

Následkem tohoto onemocnění obvykle nedochází k výrazným zdravotním obtížím, stav se projevuje obvykle jen bolestmi.

Účelem tohoto výkonu je uchycení obalu varlete stehem ke stěně šourku tak, aby nemohlo dojít k výše uvedenému stavu tzv. torze.

Výkon má následující rizika:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař – anesteziolog).
- Vznik infekce v operační ráně.
- Riziko neúměrného jizvení nebo otoku v oblasti tkání šourku.
- V případě potřeby je eventuálně nutná opakovaná operace ke zvládnutí výše uvedených komplikací v operovaném místě.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Výkon nemá alternativu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Z jednoho či dvou řezů na šourku bude ozřejmena tkáň obalu varlete a na dvou místech bude provedeno jejich uchycení k vnitřní stěně šourku. Poté bude kožní řez opět sešit.

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

Pracovní neschopnost je závislá na typu zaměstnání a hojení. Zpočátku se vyskytuje ještě otok kůže šourku, jsou možné opakované převazy operační rány (operačních ran). Do odstranění (nebo vypadnutí) stehů, kterými je sešita kůže šourku, by neměl být provozován pohlavní styk nebo jiná sexuální aktivita. Je možné, že bude třeba podávání místních léků urychlujících hojení nebo k léčbě místního zánětu, eventuálně antibiotik.

Další potřebná léčba:

Vzhledem k rozsahu operace se nedoporučuje výraznější fyzická aktivita, včetně sportu, po dobu zhruba 6 týdnů. Do zhojení rány a odstranění stehů (obvykle do 14 dnů) je doporučeno nekoupat se, včetně

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

přírodních koupališť, doporučeno je pouze sprchování. Je nutné udržovat pečlivou hygienu šourku a penisu, oblast jizvy je možné jemně krémovat po odstranění stehů (vhodná je např. měsíčková mast).

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....

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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka