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):

NAPŘÍMENÍ PENISU (ORTOPLASTIKA) U DOSPĚLÉHO - PRODLUŽOVACÍ TECHNIKA S POUŽITÍM ZÁPLATY DEFEKTU V OBALU PENISU

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je operačního odstranění vrozeného nebo získaného zakřivení penisu, jeho narovnání, eventuálně také (částečné) odstranění ložiska plastické indurace penisu - zatvrdliny v obalu topořivého tělesa penisu.

Výkon má následující rizika: přechodné bolesti v operační ráně a penisu, otok a modřiny na penisu, nadměrné jizvení v oblasti obřízky předkožky (pokud se předkožka ponechává), zánět nebo krvácení v ráně v oblasti předkožky nebo na penisu v podkoží, částečné přetrvávání ohybu penisu. Vzácnou komplikací může být zhoršení kvality erekce po provedeném výkonu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Konzervativní postup: nepodstoupení operace s vědomím přetrvávajícího zakřivení penisu, eventuálně nemožnost pohlavního styku. U plastické indurace (zatvrdliny) penisu také možnost podávání léků ústy nebo injekčně do obalů topořivého tělesa.

Operace uvedeného stavu bez použití záplaty, tzv. zkracovací operace penisu, sice vede k jeho narovnání, ale většinou penis zkrátí o 1-2 cm.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Po přetažení předkožky bude vnitřní list předkožky nařízнut, celá kůže penisu bude uvolněna až ke kořeni penisu tak, aby bylo zachováno cévní zásobení předkožky. Poté bude provedeno naplnění topořivých těles fyziologickým roztokem (arteficiální erekce). Podle směru zakřivení nebo přítomnosti tuhých útvarů v obalu topořivého tělesa (tzv. plaku) bude na určených místech nařízнuta tunika (tuhý obal topořivého tělesa), penis se tím narovná ve svém směru, toto místo bude překryto záplatou (obvykle materiál TachoSil), ta je obvykle fixována několika jemnými stehy, a překryta dalšími vrstvami obalů penisu.

Podle lokalizace, kde se plánuje nářez obalů penisu a jejich záplata, je možný operační přístup ze spodní části penisu (z tzv. švu - rafe penisu), potom není potřeba provádět obřízku.

V případě, že je penis narovnán vyhovujícím způsobem, je výkon ukončen navrácením kůže penisu do původní polohy, sešitím předkožky a naložením obvazu. Pokud se pacient dohodne s operujícím lékařem, je možno výkon ukončit na přání pacienta obřízkou, snesením listů předkožky.

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

Močová cévka se obvykle ponechává na 1-2 dny po operaci. Pracovní neschopnost nebývá delší než 1-2 týdny, u sedavých typů zaměstnání není někdy ani podmínkou.

Zpočátku se vyskytuje zvýšená citlivost penisu a do odstranění (nebo vypadnutí) stehů (kterými je sešita předkožka nebo kůže penisu), cca 14 dnů, není vhodné koupání ve veřejných koupalištích a návštěva sauny. Po stejnou dobu se někdy podávají léky omezující noční erekce tak, aby se operované tkáně mohly zhojit a neprojevovaly se bolestí penisu.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Je nutná pohlavní abstinence do úplného zhojení, cca 6 týdnů. Vzhledem k citlivosti penisu se nedoporučuje výraznější fyzická aktivita, včetně sportu, po dobu zhruba 2 týdnů. Je doporučeno udržovat pečlivou hygienu penisu, oblast jizvy je možné jemně krémovat (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/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