**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):**<br>**OBŘÍZKA (CIRKUMCIZE) ÚPLNÁ (TOTÁLNÍ) U DÍTĚTE** |
| **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**<br>Účelem zdravotního výkonu je kompletně odstranit celou zúženou předkožku.<br>Možná rizika:<br>- infekce v ráně,<br>- vznikem podlitiny na penisu nebo šourku nebo podbřišku,<br>- krvácení s nutností opětovné operace,<br>- přetrvávající otok, nevyhovující kosmetický efekt. |
| **Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**<br>Částečná obřízka: vzhledem ke krátké předkožce a jizvení je tento výkon nevhodný, vedl by velmi pravděpodobně k trvalému stažení předkožky za žalud, chronickému otoku a dalšímu jizvení. |
| **Zdravotní výkon bude probíhat takto:**<br>Na sále v celkové anestezii odstraníme celou zjizvenou předkožku, rána se sešije, frenulum (uzdička) bude protnuta a ošetřena stehy. Na 24 hodin bude ponechána bandáž penisu. |
| **Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:**<br>Tělesný klid bezprostředně po operaci po dobu 1-2 dní, relativní šetřící režim bez větší fyzické zátěže a prevence úrazu do úplného zhojení. |
| **Další potřebná léčba:**<br>V případě nekomplikovaného průběhu stačí pouze běžná péče o ránu, tedy sprchování rány do vypadnutí stehů, promašťování jizvy a prevence úrazu penisu. |
| **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:**<br>V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:<br>**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.**<br>Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí: |

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|
| V Praze dne<br><br>.....<br>podpis pacienta / zákonného zástupce<br><br>.....<br>podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností | .....<br>jméno, příjmení a podpis lékaře |
| **Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat**:<br>Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:<br>Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:<br><br>.....<br>jméno, příjmení a podpis svědka | |