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): **PRODLOUŽENÍ/PLASTIKA UZDIČKY PŘEDKOŽKY U DÍTĚTE** **(FRENULOPLASTIKA NEBO TAKÉ FRENULOTOMIE)**	

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

Účelem zdravotního výkonu je přetnutí uzdičky předkožky penisu.

Možná rizika:

- infekce v ráně,
- vznikem podlitiny na penisu nebo šourku nebo podbřišku,
- krvácení s nutností opětovné operace,
- přetrvávající otok, nevyhovující kosmetický efekt.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Není jiná alternativa.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Na operačním sále v celkové anestezii bude přetnuta uzdička, při krvácení se přešije stehem. Součástí výkonu je i ošetření předkožky, rozlepení a uvolnění.

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

Tělesný klid bezprostředně po operaci po dobu 1-2 dní, relativně šetřící režim bez větší fyzické zátěže a prevence úrazu do úplného zhojení.

Další potřebná léčba:

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:

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	