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):

TEST UMĚLÉ EREKCE, PŘÍPADNĚ I NAPŘÍMENÍ PENISU (ORTOPLASTIKA) U DÍTĚTE

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je upravit zakřivení penisu v erekci, je třeba toto zakřivení ověřit a zahnutý penis napřímit.

Výkon má následující rizika:

- nadměrné neestetické jizvení v ráně,
- zánět v ráně či krvácení z rány,
- přetrvávající zakřivení penisu způsobující šikmé směřování proudu při močení a do budoucna i obtíže při pohlavním styku.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Konzervativní postup: nepodstoupení operace s vědomím rizika přetrvávajícího zakřivení penisu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V případě existujícího podezření na zakřivení penisu bude proveden test umělé erekce (jehlou budou topořivá tělesa naplněna fyziologickým roztokem) ke zjištění rozsahu zakřivení penisu.

V případě významného zakřivení pak povedeme vnitřní cirkumcizi (obřízku), uvolníme kůži z penisu. Při přetrvávajícím zakřivení pak umístíme na zadní stranu penisu do střední čáry stehy, které nařasí kavernosní tělesa a vyrovnají penis.

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. Močová cévka zavedená skrze močovou trubici do močového měchýře se obvykle ponechává 1-2 dny po operaci. Změna zdravotní způsobilosti nenastává.

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.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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