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): **STAŽENÍ VARLETE DO ŠOURKU (ORCHIDOPEXE) U DÍTĚTE** ☐ **VLEVO** ☐ **VPRAVO**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Uvolnění varlete a jeho stažení do šourku a fixace v šourku. Nehmatné a tudíž i nesestouplé varle znamená riziko poruchy vývoje varlete a jeho funkce, možný vývoj jeho hypotrofie (zmenšení) až atrofii varlete (zánik varlete). Vzhledem k faktu, že nesestouplé varle je zatíženo vyšším rizikem vývoje nádoru varlete (rakoviny varlete), je ponechání varlete mimo pravidelnou kontrolu (mimo šourek) spojeno s rizikem pozdního rozeznání nádorových změn v tomto varleti. <u>Možné následky a rizika:</u> - Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog). - Infekce v místě operační rány, v moči nebo jinde v těle. - Oblast pod operační jizvou může být citlivá méně nebo zcela necitlivá. - Poranění chámovodu, cév varlete a varlete samotného. - I přes úspěšné stažení varlete do šourku přetrvává riziko poruchy vývoje a funkce varlete a zvýšené riziko vývoje nádoru varlete (rakoviny varlete). - Velmi zřídka (cévní anomálie) hrozí riziko atrofie (zmenšení) varlete na operované straně.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Není jiná alternativa, efekt hormonální léčby malý.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Vždy řezem v podbřišku bude vyhledáno varle v tříselním kanále, nebo v jiné poloze (ektopické varle), poté bude uvolněn, podvázán eventuální kýlní vak, který může nesestouplé varlete doprovázet. Varle bude protaženo do šourku a fixováno z malého řezu na šourku. Při kratším provazci bude dočasně zajištěno (fixováno) zevně přes tamponek. Bude-li varle výrazně změněno a zmenšeno, může být vhodné i odstranění postiženého varlete. Součástí výkonu je i ošetření předkožky, uvolnění a její úplné přetažení.
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:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

V případě nekomplikovaného průběhu stačí pouze běžná péče o ránu, tedy sprchování rány do vypadnutí stehů, promašťování jizvy a prevence úrazu šourku.

Pravidelné kontroly polohy varlete a při jeho špatném umístění (dislokaci) je nutná další operace.

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