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): **OPERACE ZÚŽENÉHO PŘECHODU MEZI LEDVINNOU PÁNVIČKOU A MOČOVODEM U DÍTĚTE (PYELOPLASTIKA)** ☐ **VLEVO** ☐ **VPRAVO**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Uvolnění zúžení v oblasti přechodu pánvičky ledvinné do močovodu. <u>Výkon spojen s těmito riziky:</u> - infekce v ráně, - krvácení v ráně spojené s nutností opakované operace, - poranění střev s rizikem následné operace, - ztráta funkce ledviny s nutností jejího odstranění, - zúžení močové trubice po cévkování, - opětovné zúžení operované pánvičky, - únik moči ranou s nutností zavedení vnitřní drenáže ledviny (viz dále).
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Konzervativní neoperační postup.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Z řezu na boku po rozhrnutí břišní svalů bude obnažena ledvina a její rozšířená pánvička. Ta bude šikmo sestřižena a dále bude přetnut močovod pod zúžením. Pahýl močovodu pak bude nastřižen a našit na otevřenou vyklopenou pánvičku pod optickým zvětšením. Odvod moči bude zajištěn drenáží (ureteronefrostomií), která bude vyústěna navenek cca na 12 dní, v případě příznivého nálezu bude výkon proveden bez vnitřní drenáže. Provede se uzávěr rány po vrstvách a bude zavedena cévka do močového měchýře.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: V případě otevřené drenáže možnost vzniku místní infekce, která by si vyžádala intenzivnější antibiotickou léčbu v nemocnici a eventuálně i po propuštění; v případě jen zevní drenáže a přetrvávajícím úniku moče švem plastiky by bylo nutné zavést v další krátké anestezii cévku endoskopem přes močovod do pánvičky ledvinné. V delším výhledu bez omezení.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Antibiotická zajišťovací léčba do kontroly, zpravidla měsíc po operaci. Urologická a nefrologická péče. Kontrola laboratorní a ultrazvuková. V případě nutnosti izotopová kontrola.

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