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 VODNÍ KÝLY (HYDROKÉLY) U DÍTĚTE** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Přerušení výchlipky břišní povázky, která udržuje hydrokélu, otevření dutiny šourku a vyprázdnění tekutiny z řezu v třísle. <u>Možné následky a rizika:</u> - Krvácení po operaci vyžadující dodatečný výkon. - Infekce v operační ráně vyžadující podávání antibiotik nebo v krajním případě další operaci. - Infekce močových cest vyžadující podávání antibiotik. - Poranění semenného provazce vyžadující další operaci. Při správném provedení výkonu je riziko minimální. - Opakování hydrokély; jedná se o jiný typ hydrokély daný nadprodukcí tekutiny v obalech, vyskytuje se většinou ve starším věku.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Konzervativní postup: vyčkat dalšího vývoje, samovolné vymizení nálezu však v daném věku není již pravděpodobné.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Řezem v třísle se otevře tříselný kanál, vyhledá se semenný provazec, v něm se vyhledá výchlipka břišní povázky (peritonea) a přeruší se. Poté se otevře dutina a obaly varlete v šourku, vyprázdní se tekutina. Obaly se zafixují široce otevřené. Operační rána se uzavře. 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. Závažnější komplikace si mohou vyžádat další chirurgický výkon.

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.:**

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