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): **ENDOSKOPIE (PROHLÉDNUTÍ MOČOVÉ TRUBICE A MOČOVÉHO MĚCHÝŘE),** **PROTNUTÍ ZÚŽENÉ CHLOPNĚ U DÍTĚTE**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Uvolnit překážku v močové trubici a zajistit volný odtok moče při močení. Rizika a důsledky léčby: - zánět močových cest, - zúžení močové trubice.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Nejsou jiné alternativy.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Zavede se tenký trubicovitý nástroj (endoskop) do močové trubice, která bude prohlédnuta, dále bude kontrolován močový měchýř včetně umístění a tvaru ústí močovodů, v případě nalezení chlopně bude chlopeň za použití endoskopického nože přetnuta. Po protětí chlopně bude zavedena na přechodnou dobu močová cévka.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po provedení zdravotního výkonu budou provedena tyto kontrolní léčebné nebo vyšetřovací výkony: ultrazvukové vyšetření, urodynamické vyšetření, eventuálně kontrolní rentgenové vyšetření močového měchýře či kontrolní cystoskopie (prohlédnutí močového měchýře endoskopem).
Další potřebná léčba: Pravidelné kontroly urologem a nefrologem. Eventuálně doléčení poruchy funkce močových cest (režim, léky).
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:

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.:**
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	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.