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):

ENDOSKOPICKÁ APLIKACE BOTOXU U DÍTĚTE

☐ **DO STĚNY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**
☐ **DO ZEVNÍHO SVĚRAČE**

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

Účelem výkonu je zlepšit funkci močových cest (snížit aktivitu močového měchýře nebo zevního svěrače).

Rizika výkonu:

- pooperační infekce močových cest,
- zúžení močové trubice,
- časově omezený léčebný efekt.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Léčba léky (v některých případech neúčinná).

Konzervativní postup (riziko zánětů, poškození ledvin, přetrvávajícího pomočování).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Tenkým trubicovitým nástrojem (endoskopem) bude nejprve prohlédnuta močová trubice a močový měchýř. Nebude-li zjištěna žádná komplikace, bude tenkou jehlou přes endoskop do stěny, pod sliznici močového měchýře 20-30 vpichy aplikován Botulotoxin (eventuálně do oblasti zevního svěrače). Na závěr může mít pacient zavedenou na 12-24 hodin močovou cévku.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Omezení vyplývající ze základního onemocnění. V bezprostřední souvislosti s urologickou operací žádné.

Další potřebná léčba:

Nefrologické a urologické kontroly. Dodržování režimu pití a močení, eventuálně pravidelné cévkování močového měchýře. Léčba léky poruchy funkce močového měchýře eventuálně nutnost zákrok podle výsledků kontrolních vyšetření opakovat (účinek Botulotoxinu je 6-12 měsíců).

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:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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