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):

LAPAROSKOPICKÁ MIKROCHIRURGICKÁ OPERACE VARIKOKÉLY U DÍTĚTE

☐ **VLEVO**
☐ **VPRAVO**

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

Účel a povaha navrhovaného výkonu je v laparoskopickém přerušení dysfunkčních žil varlete (dysfunkční žíly: žíly s chybějícími nebo nefunkčními žilními chlopněmi) na úrovni nad oddělením chámovodu. Současné zachování tepny a mízních cév varlete.

Operace na genitálu, včetně endoskopických a případné zavedení cévky do močových cest zahrnuje vždy, je-li to možné (předkožka není zúžená), uvolnění předkožky (rozrušení konglutinací, přilepení předkožky k povrchu žaludu) a dezinfekci vaku předkožky!!!

Předpokládaný prospěch:

V důsledku varikokély může dojít ke zhoršení kvality spermiogramu, poruchám plodnosti, opakovaným bolestem v šourku. Výrazné žilní varixy šourku mohou být kosmetickým problémem.

Přerušení dysfunkčních žil by mělo předejít poruchám funkce varlete vyvolaných varikokélou.

Možné následky a rizika:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Krvácení do močových cest a přítomnost krve v moči.
- Poranění aorty nebo dolní duté žíly s krvácením.
- Poranění střeva nebo slinivky břišní.
- Poranění močového měchýře.
- Infekce v místě operační rány, v moči nebo jinde v těle.
- Dočasné omezení funkčnosti střev nebo jejich nefunkčnost/neprůchodnost (ileus).
- Riziko průniku plynu do cévního řečiště během operace, který je pak vmetnut do plic jako vzduchová embolie.
- Vznik plicní embolie v pooperačním období (ucpání plicních tepen).
- Vznik kýly v jizvě.
- Oblast pod operační jizvou může být citlivá méně nebo zcela necitlivá.
- Přetrvávání varikokély, rozšířených žil semenného provazce.
- Poranění chámovodu.
- I přes úspěšnou úpravu varikokély se nemusí spermiogram nijak zlepšit nebo mohou i nadále přetrvávat bolesti podobně jako před operací.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

- Velmi zřídka (cévní anomálie) hrozí riziko atrofie (zmenšení) varlete na operované straně.
- Vznik hydrokély kolem varlete na operované straně, jde o nahromadění čiré tekutiny kolem varlete, vede ke zvětšení šourku, které se může řešit další operací.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Otevřená operace v třísle z řezu při kořeni penisu: tímto způsobem lze také přerušit zvětšené nebo rozšířené žíly. Výhodou je, že není nutné provádět operaci přes dutiny břišní a nehrozí tak riziko poranění nitrobřišních orgánů. Nevýhodou je o něco vyšší riziko vzniku hydrokély nebo vzniku atrofie (zmenšení a zánik funkce varlete), poranění chámovodu.

Sklerotizace žil varlete antegrádní (vzestupně, směrem od varlete): jde o aplikaci speciálního lepidla do žíly vedoucí od varlete z malého řezu u kořene penisu. Operace je jen minimálně zatěžující, ale poměrně často dochází k návratu varikokély. Během výkonu může dojít alergické reakci na používanou kontrastní látku.

Sklerotizace žil varlete retrográdní (sestupně, směrem ze žil dutiny břišní do oblasti varlete): z vpichu v třísle (nebo v loketní jamce) na druhé straně než je varikokéla se přes žíly zavedou tenké hadičky až do žil varlete a aplikuje se speciální lepidlo nebo drobné kuličky či spirálky k uzavření těchto žil. Operace vyžaduje jen malý vpich, provádí ji specialista na rentgenové metody pod rentgenovou kontrolou. Varikokéla se může obnovit, během výkonu může být reakce na kontrastní látku nebo dojít k poranění žilního systému s krvácením.

Sledování: kontroly ultrazvukem, kontroly spermiogramu a tlumení případných bolestí léky. Existuje možnost zhoršení spermiogramu a plodnosti pacienta.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V poloze na zádech se vpichem přes pupek naplní dutina břišní plynem (CO_2). Do vzniklé dutiny se zavedou další pracovní vstupy (porty). Přes tyto vstupy pak operatér provádí operaci dlouhými speciálními nástroji. Vyhledáme svazek cév varlete nad odstupem chámovodu, oddělíme rozšířené žíly a tyto přerušíme. Zachováme tepnu (při jejím přerušení však není riziko zániku varlete, jsou-li chámovod a jeho doprovodné cévy pořádku) a lymfatické (mízní) cévy. Po odstranění pracovních vstupů a vypuštění plynu z dutiny břišní zašití ran.

Pozor: Někdy je nutné pro bezpečné dokončení operace přerušit laparoskopii a provést změnu na otevřenou operaci, kdy se provede zcela klasický řez na břiše a operace se takto dokončí. Předem však nelze předvídat, kdy to bude nutné.

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

Na dobu 4-6 týdnů je doporučeno nezvedat těžší břemena, vyvarovat se výraznější fyzické námahy (např. sport, posilovna). Je vhodný přiměřený příjem tekutin v množství dle věku 1-2,5 litru denně. Do plného zhojení operační rány a odstranění stehů je vhodné jen sprchování a nedoporučuje se koupání v bazénech nebo koupalištích. Několik prvních dnů po operaci můžete pociťovat bolesti v ramenou.

Změna zdravotní způsobilosti obvykle nevzniká.

Další potřebná léčba:

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.:**
Urologická kontrola s kontrolním vyšetřením ultrazvuku šourku a někdy kontrolní vyšetření spermiogramu.	

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