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):

PLASTIKA PŘEDKOŽKY U DÍTĚTE

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

Plastika (sešití části) rozštěpené nebo zúžené předkožky ke zlepšení kosmetického vzhledu penisu a možnosti volně předkožku přetáhnout.

Možné následky a rizika:

- 15% riziko další operace u částečné obřízky pro opětné jizvení předkožky,
- infekce v ráně,
- vznik podlitiny na penisu nebo šourku nebo podbřišku,
- krvácení s nutností opětovné operace,
- přetrvávající otok či zúžení předkožky, nevyhovující kosmetický efekt.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Ponechat stávající stav.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V celkové anestezii se sešije na spodní straně část rozštěpené předkožky, při zúžené předkožce bude zúžené místo odstraněno a poté předkožka upravena tak, aby byla volně přetažitelná. Na močové trubici se výkon neprovádí.

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, krytí s ponecháním několik dní k zamezení otoku, relativně šetřící režim bez větší fyzické zátěže a prevence úrazu do úplného zhojení. Na penisu bude ponechán průhledný obvaz, který zamezuje tvorbě otoku.

Další potřebná léčba:

Pravidelná péče o předkožku, pravidelně přetahovat ošetřovat dle instrukcí, místně promazávat.

V případě nekomplikovaného průběhu stačí pouze běžná péče o ránu, tedy sprchování rány do vypadnutí stehů, promašťování jizvy a prevence úrazu penisu.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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