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):

URETROPLASTIKA U DÍTĚTE:

☐ **POVYTAŽENÍ ZEVNÍHO ÚSTÍ MOČOVÉ TRUBICE BLÍŽE VRCHOLU ŽALUDU, ZRUŠENÍ SLEPÉ JAMKY NA ŽALUDU (ADVANCEMENT MEATU)**

☐ **ROZŠÍŘENÍ ZEVNÍHO ÚSTÍ MOČOVÉ TRUBICE (MEATOTOMIE)**

☐ **ROZLEPENÍ PŘEDKOŽKY SLEPENÉ K ŽALUDU**

☐ **TEST UMĚLÉ EREKCE, PŘÍPADNĚ I NAPŘÍMENÍ PENISU (ORTOPLASTIKA)**

☐ **OBŘÍZKA**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je upravit ústí močové trubice a tím zajistit volné močení a dobré směrování proudu moči a současně též zlepšit kosmetický vzhled penisu. Volně močení přiměřeně širokým ústím močové trubice je nezbytné pro předcházení infekcím močových cest a poruchám funkce močových cest. V případě podezření na zakřivení penisu v erekci, je třeba toto zakřivení ověřit a zahnutý penis napřímit.

Výkon má následující rizika:

- zúžení močové trubice v důsledku jizvení,
- asymetrie ústí močové trubice způsobující šikmé směřování či rozstřikování proudu moči,
- nadměrné neestetické jizvení v ráně,
- zánět v ráně či krvácení z rány,
- infekce močových cest,
- přetrvávající zakřivení penisu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Konzervativní postup: nepodstoupení operace s vědomím rizika možných důsledků onemocnění (viz výše).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Nejprve bude rozlepena předkožka od žaludu tak, aby byl zcela volný a bylo možno posoudit jeho tvar a polohu vyústění močové trubice. V případě velmi zúženého ústí bude jeho obvod naříznut na jednom až dvou místech a takto naříznutý okraj sešit jednotlivými stehy (meatotomie).

V případě ústí posunutého na spodní stranu žaludu a slepé jamky v místě normálního vyústění provedeme jeho posun (advancement), zevní ústí bude proťato na zadní straně v místě kožního můstku, který bude odstraněn. Zadní strana močové trubice (ústí) pak bude vytažena směrem k vrcholu penisu a vyšita ke kůži žaludu, v místě slepé jamky, tím bude zrušen i můstek mezi zevním ústím a slepou jamkou žaludu. Bude zavedena cévka do močového měchýře na 24 hodin.

V případě existujícího podezření na zakřivení penisu bude proveden test umělé erekce (jehlou budou topořivá tělesa naplněna fyziologickým roztokem) ke zjištění rozsahu zakřivení penisu. V případě významného zakřivení se pak povede vnitřní obřízka, uvolní se kůže z penisu. Při přetrvávajícím zakřivení se pak umístí na zadní stranu penisu do střední čáry stehy, které nařasí topořivá tělesa a vyrovnají penis.

Pozor: V některých případech rekonstrukce je vhodné provést též odstranění rozštěpené předkožky

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

(obřízka).Vzhled penisu po rekonstrukci pak odpovídá vzhledu penisu po obřízce!

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. Močová cévka zavedená skrze močovou trubici do močového měchýře se obvykle ponechává 1-2 dny po operaci. Změna zdravotní způsobilosti nenastává.

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.

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