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): **ODSTRANĚNÍ CYSTICKÉHO ÚTVARU V OBLASTI ÚSTÍ MOČOVÉ TRUBICE, MEATOPLASTIKA (REKONSTRUKCE ÚSTNÍ MOČOVÉ TRUBICE U DÍTĚTE)**	

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranit nejasný útvar v oblasti ústí močové trubice, jeho histologické vyšetření, rekonstrukce ústí, 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.

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:

Ponechat útvar bez odstranění, avšak nelze vyloučit, že se jedná o nádor.

Spálit útvar elektrokauterem (vysokou teplotou), tato možnost nedovoluje histologické vyšetření a tedy rovněž nevyjasní biologickou povahu útvaru. Navíc může dojít k výraznému jizvení v důsledku změn po koagulaci.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Vyřízne se útvar mikrochirurgickou technikou, uzavře se a obšije se rána po vyříznutí útvaru. Zavede se do močového měchýře močový katetr na 24 hodin.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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