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):

OTEVŘENÁ OPERACE KVŮLI NEJASNÉMU LOŽISKU/ABSCESU LEDVINY A DRENÁŽ LOŽISKA U DÍTĚTE

☐ **VLEVO**
☐ **VPRAVO**

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

Účelem výkonu je prohlédnutí ledviny a zejména podezřelého nebo nejasného ložiska, protože je možné, že se jedná o ložisko zánětu (absces). Pokud by se ložisko nevyprázdnilo, může dojít k otravě krve a úmrtí.

Předpokládaný prospěch: prohlédnutí a drenáž ložiska umožní získat přesnější diagnózu tím i odpovídající léčbu.

Možná rizika a následky:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Krvácení z ledviny při nebo po operaci.
- Poranění aorty nebo dolní duté žíly s krvácením.
- Poranění střeva nebo slinivky břišní.
- Poranění sleziny s nutností jejího odstranění při operaci levé ledviny nebo poranění jater nebo žlučových cest při operaci pravé ledviny.
- Otevření dutiny hrudní s nutností dočasného zavedení hadičky do hrudníku.
- Vznik infekce v místě operační rány, v moči nebo jinde v těle.
- Dočasné omezení funkčnosti střev nebo jejich nefunkčnost/neprůchodnost (ileus).
- Plicní embolie v pooperačním období (uzávěr plicních tepen).
- Kýla v jizvě.
- Oblast pod operační jizvou může být citlivá méně nebo zcela necitlivá.
- Velmi zřídka může z operovaného místa ledviny unikat moč a může být tak potřeba další operační výkon k úpravě stavu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Sledování: ložisko lze někdy sledovat pomocí pravidelně prováděného ultrazvuku, CT (počítačová tomografie) nebo magnetické rezonance. Výhodou je možnost vyhnout se v některých případech operaci. Nevýhodou je, že je nutné provádět zobrazovací vyšetření často a existuje riziko komplikací, jako jsou: další rozvoj zánětu a otravy krve.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V poloze na boku se řezem přes kůži a přes stěnu břišní pronikne k ledvině zcela mimo dutinu břišní. Pak se postupným uvolněním okolních orgánů (např. střeva, sleziny nebo jater) pronikne k ledvině a identifikuje ložisko. V případě potřeby se v průběhu operace použije ultrazvuk. Po odhalení ložiska je toto odsáto. Na konci se do místa operace a abscesu vkládá hadička (drén), která slouží k odvodu krve a pooperačního sekretu. Během operace vám může být zavedena cévka do močového měchýře k dočasnému zajištění odvodu moče.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Na dobu 4-6 týdnů je doporučeno nezvedat těžší břemena, vyvarovat se výraznější fyzické námahy (např. sport, posilovna, práce na zahradě). Pracovní neschopnost nejvíce závisí na typu a závažnosti činnosti, kterou vykonáváte, nejčastěji bývá 3-4 týdny, ale může být i delší. Je vhodný přiměřený příjem tekutin v množství 1-2,5 litru denně podle velikosti a věku pacienta.

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:

Odstranění stehů, délku jejich ponechání stanoví Váš ošetřující lékař. Bude nutná kontrola za odstupem několika týdnů po operaci včetně kontrolních zobrazovacích vyšetření (ultrazvuk, CT -počítačová tomografie nebo jiné). V případě prokázání zhoubného (rakovinového) onemocnění může být nutná další onkologická léčba nebo další operace.

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