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):

ÚPRAVA KOŽNÍHO VYÚSTĚNÍ KONTINENTNÍ VEZIKOSTOMIE V PUPKU U DÍTĚTE

(VYÚSTĚNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE NA POVRCH BŘICHA)

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

Odstranit potíže s katetrizací stomatu pro jeho zužování, které mohou znamenat bolesti a v krajním případě zamezí zavádění cévek do stomatu. Obnovit volné a snadné katetrizace močového měchýře mimo anogenitální oblast.

Možná rizika výkonu:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Vznik krvácení s nutností transfuze krve při nebo po operaci. Někdy je pro zastavení krvácení nutná další operace.
- Vznik infekce v moči, v operační ráně, v břiše nebo i jinde v těle (například zápal plic).
- Vznik kýly v jizvě.
- Opakované zúžení kožního stomatu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Odvod moče punkční epicystostomií (zavedená hadička do močového měchýře přes stěnu břišní) není z dlouhodobého hlediska vhodnou metodou pro riziko bakteriální kolonizace katétru epicystostomie a nutností pravidelných výměn.

Odvod moče cévkou přes močovou trubici z dlouhodobého hlediska není vhodnou metodou pro riziko bakteriální kolonizace močové cévky a subjektivě nepříjemných pocitů ze zavedené cévky.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Vytne se vyústění vezikostomie v pupku, odstraní se jizevnatá tkáň, vytáhne se část střeva, které tvoří cevkovatelný kanál a vyšije se k okraji pupku tak, abychom maximálně snížili riziko dalšího jizvení a zužování vezikostomie.

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

Do úplného zahojení operační rány a vývodu na břiše není možné se volně koupat, je možné se sprchovat. Na 4-8 týdnů nebude možno vykonávat těžší fyzickou námahu včetně sportu, zvedat větší břemena nebo jezdit na kole.

Je doporučeno pít dostatek tekutin, zabránit prochladnutí a pravidelně vyprazdňovat rezervoár. Někdy je nutné užívat léky na potlačení infekce nebo úpravu vnitřního prostředí.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Dále je nutná dlouhodobá nefrologická a urologická péče, ultrazvukové, laboratorní a izotopové kontroly, zajišťovací antibiotická léčba dle kultivačních nálezů v moči.

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