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): **CYSTOURETROSKOPIE, KALIBRACE (ZJIŠTĚNÍ ZÚŽENÝCH MÍST MOČOVÉ TRUBICE), EVENTUÁLNĚ DILATACE (ROZŠÍŘENÍ) MOČOVÉ TRUBICE**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je: endoskopické vyšetření močové trubice a močového měchýře pomocí optického přístroje a vyloučení zúžené močové trubice. Předpokládaný prospěch: zlepšení zhoršené funkce dolních cest močových. Rizika a důsledky léčby: - krvácení vyžadující opakované endoskopické ošetření, koagulaci (zastavení krvácení elektrickým proudem s tepelnými účinky), - infekce vyžadující podávání antibiotik.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Konzervativní (neoperační) postup, léčba léky (nevyřeší problém obstrukce, zúžení).
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Přes močovou trubici se zavede endoskopický přístroj, cystoskop. Přehlédne se močová trubice a stěna močového měchýře. Změří se šíře močové trubice, případně se provede její dilatace, rozšíření.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: 1-2 dny je zaveden močový katetr do močového měchýře, týden je klidový režim. Může se přechodně objevit krev v moči.
Další potřebná léčba: Přísná režimová doporučení dle instrukcí, pravidelné kontroly ambulantně.
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:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
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	