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): **ENDOSKOPICKÉ PROTNUTÍ URETEROKÉLY** **(BALONOVITÁ ROZŠÍŘENÍ A VYKLENUTÍ ČÁSTI MOČOVODU DO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE)** ☐ **VPRAVO** ☐ **VLEVO**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Uvolnit odtok moče z močovodu. <u>Možná rizika:</u> Infekce močových cest, krev v moči po zákroku, vznik zpětného toku-(refluxu do ledviny u cca 10%), ten by si vyžádal otevřenou operaci jen v případě infekčních komplikací.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Konzervativní (neoperační) postup s rizikem zhoršení ledvinných funkcí až nezvratnému poškození ledvin, s rizikem uroinfekcí, není vhodné.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Endoskopicky pod přímým pohledem protnutí ureterokély drobnou elektrodou tak, aby se rozšířil otvor v místě vyústění močovodu do měchýře, dále krátce cévka do měchýře. Součástí výkonu je i ošetření předkožky její úplné douvolnění.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Omezení ve souvislosti s operací, omezit fyzickou aktivitu, prevence infekcí. Propuštění v horizontu cca 5 dnů.
Další potřebná léčba: Pravidelná urologická i nefrologická péče.
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	