Nemocnice Kyjov

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov
IČO: 00226912

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon: **BILATERÁLNÍ ORCHIEKTOMIE / PULPEKTOMIE**

Jméno a příjmení pacienta: …… RČ: ……

Seznámení provádějící lékař: ……..

Jméno a příjmení zákonného zástupce*: ……

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem **sděleno a vysvětleno:**

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
- možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

Prohlašuji,

- že jsem byl seznámen se všemi způsoby možné léčby mého onemocnění a o jejich rizicích a uvědomuji si, že určitá rizika existují při každé léčbě a že je nelze vždy přesně určit,
- že souhlasím s provedením zvoleného způsobu zdravotního výkonu stejně jako s nutnými vyšetřeními a vedlejšími výkony. Jsem srozuměn s případnými možnými změnami v léčbě nebo možným rozšířením zákroku,
- že pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři,
- že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví,
- že souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Kyjově, dne:…….. čas:……..

podpis: …….. ……..

pacient (zákonný zástupce) *seznámení provádějící lékař*

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:……

způsob projevu souhlasu:……

jméno a příjmení svědka:…….. podpis:……

**vyplní se v případě, že pacienta zastupuje zákonný zástupce*

Příloha k informovanému souhlasu

Vážený pane,
bylo Vám navrženo provedení níže uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

1. Název výkonu: BILATERÁLNÍ ORCHIEKTOMIE / PULPEKTOMIE

2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:

Při předchozím vyšetření byla u Vás diagnostikována rakovina prostaty. Maligní nádorové onemocnění prostaty patří mezi vážná onemocnění a je nezbytné včasné zahájení odpovídající léčby. Mezi první kroky v léčbě Vašeho onemocnění bylo navrženo oboustranné odstranění varlat. Tím dojde k významnému poklesu hladiny hormonu testosteronu, na kterém je růst nádorových buněk závislý, dojde tedy k jejich odumírání a ke zmenšování nádoru. Z lékařského hlediska je Vám doporučeno provedení zákroku, jeho odložení na delší dobu nebo jeho neprovedení Vás ohrožuje zejména:

- růstem a prorůstáním nádoru do okolí,
- zakládáním vzdálených ložisek nádoru,
- krvácením z močových cest a zástavou močení.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Výkon se provádí v celkové anestesii (pacient spí), nebo ve spinální anestesii (pacient necítí dolní polovinu těla po injekci do zad k nervům míchy). Jsou vedeny dva drobné řezy na přední straně šourku, přes které jsou odstraněna celá varlata - **orchiektomie** nebo jejich tkáň a obaly varlat se ponechávají - **pulpektomie**. Je použit vstřebatelný šicí materiál, stehy není nutno vytahovat. Občas je při výkonu zaveden močový katétr k bezproblémovému odvodu moči po výkonu. Ten bývá vytažen následující den po operaci. Celý výkon trvá průměrně asi 30 - 40 minut.

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

- krvácení v průběhu operace, pooperační krvácení,
- infekce rány a močových cest,
- trombóza a embolizace do plic (naprosto vzácně).

Tyto komplikace předpokládáme a při provádění tohoto výkonu se chováme tak, aby se vyskytly co nejméně, všechny tyto komplikace se dají řešit.

5. Možná omezení v obvyklém způsobu života, pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti:

Odhadovaná délka pracovní neschopnosti je 2-3 týdny od provedené operace v závislosti na pracovním zařazení. Tímto zákrokem se stává muž naprosto neplodným, na možnost erekce tento zákrok vliv nemá. Po provedené operaci se projeví navíc příznaky tzv. mužského klimakteria.

6. Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:

Doba hospitalizace potrvá kolem 5 dnů. Po dobu min. 2 týdnů se nedoporučuje všem pacientům zvedání velmi těžkých břemen, práce se střední zátěží organizmu, koupele v bazénech, běh a jízda na kole, prochladnutí celého organizmu. Jinak hrozí krvácení či infekce. Pacient bude pravidelně kontrolován na urologické ambulanci v 3 měsíčních až půlročních intervalech, sleduje se aktivita nádoru prostaty vyšetřováním PSA z krve a klinickým vyšetřením.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Trvalé užívání mužských antihormonů, popř. estrogenů.