Nemocnice Kyjov

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

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon: **ENDOSKOPICKÉ VYTAŽENÍ STENTU Z MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

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

Vážená paní, 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: ENDOSKOPICKÉ VYTAŽENÍ STENTU Z MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:
Máte zavedený stent v močovodu. Tento stent by měl být ve Vašem těle jen po nezbytně dlouhou dobu, proto jste se dostavil/a na doporučení ošetřujícího lékaře k jeho vytažení. Pokud by stent zůstal v těle po dlouhou dobu, vyplývají z toho pak vážné komplikace, které vyžadují operační řešení. Dále Vás přítomnost stentu v těle po dlouhou dobu může ohrožovat vznikem chronického zánětu, krvácení s močových cest, "močových kamenů" až nádorového onemocnění.

3. Průběh zdravotního výkonu:
Krátký zákrok se provádí buď v celkové anestesii (pacient spí), nebo v lokální anestesii (místní znecitlivění). Pomocí cystoskopu je zachycen stent a vytažen z močových cest.

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:
- infekce močových cest,
- krvácení (jen drobné a přechodně).

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:
Nejsou.

6. Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:
Tento výkon nevyžaduje speciální pooperační péči, po výkonu je pacient/ka poučen/a o zvýšeném příjmu tekutin o objemu cca 3 l za 24 hodin v rámci prevence vzniku močové infekce a "vyčistění" moči.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:
Nejsou.