

**Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu**Plánovaný výkon: **CYSTOLITOTRYPSE – odstranění konkrémentu 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 kroků 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: CYSTOLITOTRYPSE – odstranění konkrementu z močového měchýře****2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Při vyšetření na urologické ambulanci byl u Vás nalezen konkrement v močovém měchýři. Příčinou vzniku kamene je nejčastěji obstrukce odtoku moči (zvětšená prostata nebo zúženina močové trubice), případně cizí těleso v močovém měchýři (nevstřebatelný steh po operaci močového měchýře nebo těleso zavedené pacientem). Často je tedy cystolitotrypse spojená i s operací prostaty (**TURP**) nebo zúženiny močového měchýře (**OUT**). Z lékařského hlediska je Vám doporučeno provedení tohoto zákroku, jeho odložení na dlouhou dobu nebo jeho neprovedení ohrožuje zejména:

- přetrvávajícími obtížemi při močení až úplnou zástavou močení,
- častými infekcemi močových cest až "otravou krve" při infekci,
- ledvinným selháním a poškozením horních cest močových,
- bolestmi podbřišku,
- opakujícími se krváceními z močových cest,
- vznikem výchlípek (divertiklů) ve stěně močového měchýře.

**3. Průběh zdravotního výkonu:**

Výkon provádíme u hospitalizovaných pacientů v celkové nebo spinální anestezii. Přes močovou trubici se dostaneme až do močového měchýře, kde kámen rozdrtíme ultrazvukem nebo elektrohydraulicky nebo mechanicky.

**4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:**

Drobnou komplikací může být lehké poranění močového měchýře, které si vyžaduje ponechání močového katétru po dobu asi 1 týdne. Další rizika pramenící z vlastní cystolitotrypse neexistují.

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

Pracovní neschopnost závisí na přítomnosti případné močové infekce, event. dalších souběžných onemocnění.

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

Po zákroku je pacient uložen na standardní lůžko, se zavedenou běžnou pooperační péčí. Odtok moči na několik dní je zajištěn močovým katétrem (cévkou) a protože kameny močového měchýře bývají obvykle provázeny zánětem močových cest, bývají pacienti již během operace a po ní zajištěni antibiotiky. Někdy při přetrvávání infekce je nutná úprava této léčby dle výsledků kultivace.

**7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:**

V případě větších konkrementů je indikováno jejich odstranění klasickou chirurgickou cestou – otevřená operace.