

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonuPlánovaný výkon: **PROTĚTÍ ZÚŽENINY (STRIKTURY) MOČOVÉ TRUBICE
OUT (Optická UretroTomie)**

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: PROTĚTÍ ZÚŽENINY (STRIKTURY) MOČOVÉ TRUBICE - OUT (Optická UretroTomie)**2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Při vyšetření na urologické ambulanci byla u Vás diagnostikována zúženina močové trubice - striktura uretry. Tato zúženina Vám způsobuje obtíže při močení, pro které jste vyhledal péči urologa. Dle provedených vyšetření je optimálním řešením Vašeho onemocnění endoskopické protěť, čili **OUT**. Z lékařského hlediska je Vám doporučeno provedení tohoto zákroku, jeho odložení na dlouhou dobu nebo jeho neprovedení Vás ohrožuje zejména:

- přetrvávajícími obtížemi při močení až úplnou zástavou močení s nutností zavedení umělého vyústění odvádění moče,
- častými infekcemi močových cest až "otravou krve" při infekci,
- ledvinným selháním a poškozením horních cest močových,
- tvorbou kamenů v močovém měchýři,
- opakujícími se krváceními z močových cest,
- vznikem výchlípek (divertiklů) ve stěně močového měchýře.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Zákrok se provádí v celkové anestezii (pacient spí), nebo ve spinální anestezii (pacient necítí dolní polovinu těla po injekci do zad k nervům míchy). Do močové trubice se zavede speciální optický nástroj – uretroskop, který je vybaven nožem. Nástroj se zavádí pro bezpečnost na úzké cévce až ke striktuře. Následně se tímto nožem za zrakové kontroly rozruší striktura do dostatečné šíře. Při výkonu bude zaveden katétr do močového měchýře, který bude vytažen asi za 2 - 3 dny po operaci. Celý výkon trvá průměrně asi půl hodiny.

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

- recidiva (toto onemocnění je často vleklé a často se striktury opakují, poměrně velké procento pacientů musí tento zákrok podstoupit znovu),
- krvácení po operaci z močových cest,
- infekce močových cest až urosepsy (otrava krve),
- pomočování se (močová inkontinence),
- močová píštěl na kožní povrch,
- trombóza a embolie,
- impotence.

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

Pracovní neschopnost po provedení výkonu bývá asi 1 - 2 týdny.

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

Pacient je uložen na standardní lůžko se zavedenou pooperační péčí, užívá antibiotika. Po vytažení katétru bude provedeno ultrazvukové vyšetření močového měchýře. Pacient bývá propuštěn 3. - 4. den po operaci.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Jako alternativu lze doporučit a provést otevřenou uretroplastiku, tento výkon však bývá prováděn většinou u opakujících se zúženin močové trubice a podléhá schvalovacímu řízení pojišťovny.