

**Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu**Plánovaný výkon: **ENDOSKOPICKÉ ODSTRANĚNÍ NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE  
TUR (TransUretrální Resekce)**

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 ODSTRANĚNÍ NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE  
TUR (TransUretrální Resekce)****2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Při vyšetření na urologické ambulanci bylo u Vás nalezeno nádorové ložisko v močovém měchýři. Dle provedených vyšetření je optimálním řešením Vašeho onemocnění endoskopický postup – **TUR**. Z lékařského hlediska je nutné včasné provedení zákroku, jeho odložení na dlouhou dobu nebo jeho neprovedení pacienta ohrožuje zvětšením nádoru, jeho prorůstáním do okolí, zakládání vzdálených ložisek nádoru, krvácením z močových cest a zástavou močení.

**3. Průběh zdravotního výkonu:**

Základní se provádí v celkové anestezii (pacient spí), nebo ve spinální anestezii (pacient necítí dolní polovinu těla po injekci do zad k nervům míchy). Močovou trubicí se zavede optický nástroj (endoresektor). Tím se pomocí elektrického proudu odstraní nádorová masa do zdravé tkáně. Odebraný materiál se odesílá k histologickému vyšetření (zjistí se povaha nádoru). Celý výkon trvá průměrně asi 30 - 40 minut.

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

- krvácení,
- infekce močových cest,
- striktura (zúžení) močové trubice,
- perforace (proděravění) močového měchýře.

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:**

Do vyhojení slizničních defektů močového měchýře se může objevovat hematurie, bývají bolesti při močení, je nutný zvýšený příjem tekutin, který je logicky provázen větší tvorbou moči a častějšími návštěvami WC. Délka pracovní neschopnosti je určena rozsahem výkonu a pracovním zařazením. Většinou trvá 2 - 3 týdny.

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

V případě zhoubného nádoru močového měchýře se v pravidelných intervalech (po 3 měsících) provádí vyšetření moče na přítomnost krve a další cystoskopické kontroly.

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

Žádné nejsou.