

**Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu**Plánovaný výkon: **ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST (URETROCYSTOSKOPIE)**

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 VYŠETŘENÍ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST (URETROCYSTOSKOPIE)****2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Jedná se o vyšetření močové trubice (uretroskopie) a močového měchýře (cystoskopie). Někdy je také nutné odebrat kousek tkáně k dalšímu vyšetření (tzv. studená biopsie). Uretrocystoskopie byla u Vás zařazena do souboru vyšetřovacích metod nutných ke stanovení správné diagnózy a poté i event. dalšího léčebného postupu. Důvod vyšetření právě u Vás, znáte od ošetřujícího lékaře.

**3. Průběh zdravotního výkonu:**

Vyšetření se provádí jako běžný ambulantní výkon v gynekologické poloze na zádech. Trvá do 15 minut. Po dezinfekci genitálu a sterilním zarouškování se aplikuje látka do močové trubice k lokálnímu znecitlivění. Po zavedení přístroje se močový měchýř plní destilovanou vodou, aby se dobře rozvinul a mohl být lépe prohlédnut. V této fázi můžete mít pocit na močení. V případě nálezu podezřelého ložiska na sliznici měchýře zavádí operátor do cystoskopu bioptické kleště, kterými Vám odebere malý vzorek sliznice močového měchýře k histologickému vyšetření. Výkon končí vypuštěním tekutiny z měchýře a vytažením nástroje.

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

- krvácení při poranění močové trubice,
- infekce močových cest.

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:**

V naprosté většině případů není nutná další péče, pacient odhází z ambulance domů. V případě odběru vzorku je tento odeslán k histologickému vyšetření, s výsledky budete seznámen/a při další kontrole dle stanoveného termínu.

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

Žádné alternativy nejsou, je možno zvolit pouze způsob provedení (rigidním nástrojem nebo flexibilním nástrojem a výkon v narkóze nebo bez narkózy).