



## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

### Podpurná operace močové trubice pro inkontinenci moče metodou TOT

**poskytovatel zdravotních služeb:** Nemocnice Český Krumlov, a.s.  
Nemocniční 429, Horní Brána, Český Krumlov, PSČ: 381 01  
IČO: 260 95 149  
rejstříkový soud - Krajský soud v Českých Budějovicích  
oddíl B, vložka 1460

*zde prosím vlepit štítek pacientky*

**pacient:**

#### Jméno, rodné číslo, bydliště zákonného zástupce

*(pouze v případě osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům):*

.....  
.....  
.....

- ▶ přečtěte si prosím pozorně text tohoto informovaného souhlasu
- ▶ pokud jste plně nerozuměla lékařovo vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře kdykoliv po přijetí na oddělení
- ▶ přečtěte si prosím pozorně text tohoto informovaného souhlasu, pokud souhlasíte s textem prohlášení, vyplňte prosím část 2 – Informovaný souhlas pacienta

## 1. INFORMACE

Vážená paní,

na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena závěsná operace. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Výsledky provedených vyšetření ukazují na poruchu močové trubice a močového měchýře a doporučujeme úpravu operačním výkonem. Pokud se Vám zdá informace, kterou jste obdržela od Vašeho ženského lékaře nedostatečná, zeptejte se prosím svého ošetřujícího lékaře na důvod plánovaného výkonu.

#### Operační postup:

- provedení operačního výkonu v celkové anestezii
- z malého poševního řezu proniknutí do prostoru pod močovou trubicí
- pomocí zaváděcích jehel naložení prolenové pásky pod močovou trubicí
- sešití drobné poševní rány a 2 kožní stehy v třísech po výstupu zaváděcích jehel
- v některých případech cystoskopická kontrola neporušeného močového měchýře

#### Poznámka:

Úspěšnost závěsné operace metodou TOT ve smyslu udržení moče je asi 93 – 95 %, v ostatních případech může dojít k přetrvávání neudržení moče nebo k přechodnému podráždění svaloviny močového měchýře. Tyto komplikace jsou dále léčeny v urogynekologické ambulanci.

#### RIZIKA

Žádný lékař Vám nemůže zaručit 100 % výsledek operace bez rizika. Všeobecné komplikace provázejí operační výkony jako „**trombóza**“ (vytvoření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „**embolie**“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře.

Samozřejmě je naším přáním, aby Váš výkon proběhl bez komplikací. Ale i přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, tlustého střeva či velkých cév. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Další

možné, málo časté komplikace jsou „**píštěle**“ (komplikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon ke korekci stavu. Další možné komplikace resultují z narkózy, tyto Vám vysvětlí den před operací lékař – anesteziolog.

## ALTERNATIVA NAVRHOVANÉHO ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

.....  
.....

## OMEZENÍ

.....  
.....

### 2. Informovaný souhlas pacienta

**Jméno a příjmení pacienta** .....

**Bydliště** .....

**Datum narození** .....

Byl/a jsem poučen/a o účelu, způsobu provedení, rizicích a možných komplikacích vyplývajících z **podpůrné operace močové trubice pro inkontinenci moče metodou TOT**.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař MUDr. ...., který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného, informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které řádně a úplně odpověděl. Jsem srozuměn/a s tím, že plánovaný výkon může provést kterýkoliv lékař oddělení.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu. Byl/a jsem upozorněna na případnou nutnost výkon rozšířit či upravit podle aktuálního nálezu.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o účelu, způsobu provedení, rizicích a možných komplikacích a souhlasím s provedením dalších výkonů souvisejících s **podpůrnou operací močové trubice pro inkontinenci moče metodou TOT**.

Beru na vědomí, že po provedeném zdravotním výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti. Po propuštění z hospitalizace budou nutné lékařem nařízené kontroly ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Český Krumlov, a.s. nebo u mého registrujícího (obvodního) lékaře, dle mého zdravotního stavu, a to až do úplného uzdravení.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

S navrhovaným výkonem i s případným nutným rozšířením/ modifikací výkonu **souhlasím v plném rozsahu**.

místo podpisu: Český Krumlov, Nemocnice Český Krumlov, a.s., ..... oddělení.

den podpisu: .....

hodina podpisu: .....

podpis pacienta: .....

(zákonného zástupce)

*Prohlášení zákonného zástupce dítěte (v případě, že je přítomen pouze jeden z rodičů):*

Prohlašuji, že druhý rodič (otec/matka) dítěte ..... S navrhovaným zákrokem souhlasí.

Podpis zákonného zástupce: .....

**zdravotnický pracovník (ošetřující lékař), který pacientovi poskytl uvedené informace:**

.....(jméno, příjmení) .....(podpis)