



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Závěsná operace močové trubice a močového měchýře břišní cestou

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 vlepít 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 uložení 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:

- protěti břišní stěny kožním řezem
- proniknutí do prostoru nad močový měchýř a močovou trubicí
- pomocí stehů naložených podél močové trubice, v místě vstupu do močového měchýře a jejich připažením v oblasti zadní stěny stydké kosti dojde k nápravě uložení močového měchýře a močové trubice

Poznámka:

Úspěšnost závěsné operace močového měchýře, ve smyslu udržení moče je asi 93 %, v ostatních případech může dojít k přetrvávající 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, zauzlení střev „ileus“, 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 a tlustého střeva. 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 ze **závěsné operace močové trubice a močového měchýře břišní cestou**.

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 se **závěsnou operací močové trubice a močového měchýře břišní cestou**.

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)