



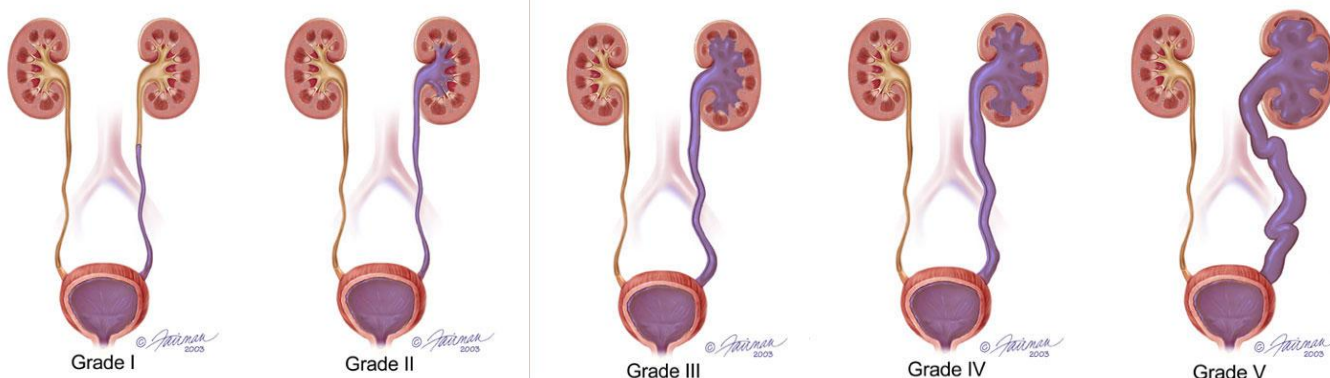
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ENDOSKOPIKÁ LÉČBA VEZIKO-URETERÁLNÍHO REFLUXU INJEKČÍ SPECIÁLNÍ LÁTKY POD SLIZNICI MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

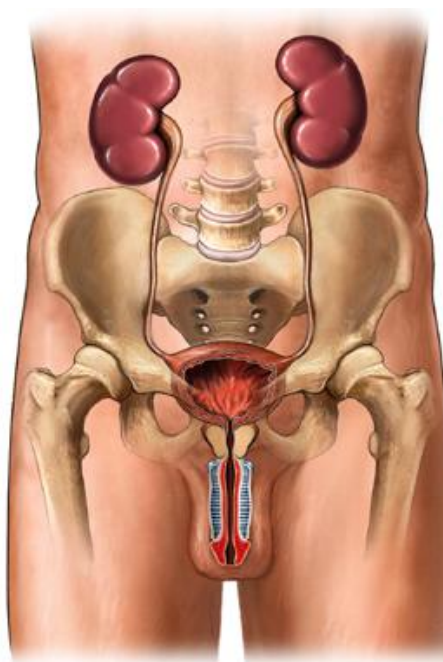
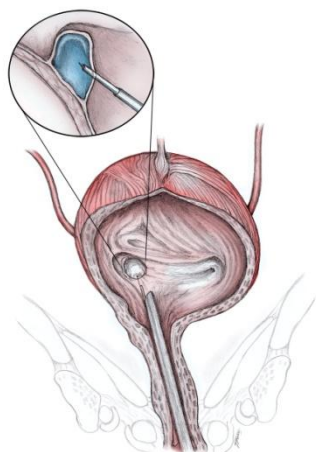
1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

- Vezikoureterální reflux znamená zpětný tok moči z močového měchýře do močovodu a do ledvinné pánvičky. Při déletrvajícím zpětném toku moči do močovodu a pánvičky dochází k jejich rozšiřování na úkor funkční ledvinné tkáně. Podle závažnosti refluxu ho rozdělujeme na 5 stupňů – viz obrázek.



2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):

- V celkové anestézii pronikneme endoskopem (tenkou „trubičkou“ s kamerou) přes močovou trubici do měchýře, vyhledáme ústí postiženého močovodu a k tomuto ústí jehlou vstříkneme „Bulking agent“ (UroDEX/Dexell/Vantris). Tato speciální látka v ideálním případě časem napomůže obnově přirozeného antirefluxního mechanismu vyústění močovodu do močového měchýře, umožňující volný odtok moči z ledviny do močového měchýře a nikoliv naopak. Na konci operace se zavede do močového měchýře Foleyův periferní močový katétr - cévka („hadička“), který umožní plynulý odvod moči v průběhu několika prvních pooperačních dnů a usnadní tak hojení v místě vpichu „Bulking agent“.



3. Rizika zdravotního výkonu:

- Zejména recidiva (opětovný vznik) refluxu a infekce močových cest.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Neprovedení léčby je spojeno s rizikem poškození a ztráty ledviny.
- Alternativním řešením je otevřená operace, kdy odstraníme koncovou část postiženého močovodu a opět ho našijeme do stěny močového měchýře.

5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

- Po operaci, v době odeznívání celkové anestézie, se do úplného probuzení mohou použít měkká upevnění (vazáky) končetin, a to z důvodů zabránění nevědomého vytržení kanyly. Dlouhodobá omezení ani změna zdravotní způsobilosti se neočekává. Periferní močový katétr je ponechán volně do sběrného sáčku či pleny (dle věku pacienta) a není překážkou časného propuštění pacienta do domácí péče – je odstraněn při ambulantní kontrole.

Předpokládaná doba hospitalizace: 1 – 2 dny.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): přibližně 1 týden, poté může pacient zpět do školky/školy.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: omezení sportovní a fyzické zátěže 1 měsíc.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: dlouhodobá omezení ani změna zdravotní způsobilosti se neočekávají, ale nelze je vyloučit.

6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

- V případě obtíží, jako jsou bolesti v bedrech, problémy při močení nebo horečka, kontrola na Klinice dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol v chirurgické nebo urologické ambulanci ihned.
- Po měsíci od provedení zdravotního výkonu (endoskopické léčby veziko-ureterálního refluxu) u obvodního lékaře kontrola kultivace z moči a s výsledkem návštěva urologické ambulance Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, kde zvážíme vysazení zajišťovací antibiotické léčby.
- Cca 3 měsíce po operaci může být proveden kontrolní ultrazvuk a mikční cystografie k posouzení efektu léčby. Při příznivém pooperačním vývoji další dlouhodobé sledování po roce nebo po dvou letech.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

.....

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

.....

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....

Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....

Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....

Jméno a příjmení svědka

.....

Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.