



<b>Razítko pracoviště</b>
---------------------------

Příjmení: Jméno: RČ pacienta:
-------------------------------------

## Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

### 1. *Název zdravotního výkonu:*

- **Videourodynamické vyšetření.**

### 2. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:*

- dysfunkce dolních močových cest,
- inkontinence,
- recidivující močové infekce,
- neurogenní močový měchýř,
- chlopňový močový měchýř,
- stav po rekonstrukci měchýře pro atrofii nebo jinou vrozenou vadu,
- vyšetření před rekonstrukční operací na močových cestách,
- jiná diagnóza: .....

### 3. *Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:*

- Po zavedení tenkého měřicího katétru do močového měchýře přes močovou trubici nebo stěnu břišní, zavedení měřicího katétru do konečníku a přilepení elektrod kolem konečníku budeme měřit pod skiaskopickou (rentgenovou) kontrolou tlak a náplň v močovém měchýři, nitrobřišní tlak a svalovou aktivitu svalů pánevního dna. Toto videourodynamické vyšetření proběhne již bez anestézie následující den po zavedení měřicího katétru a jeho cílem je odhalit nebezpečně vysoký tlak v měchýři, který by mohl poškodit ledviny anebo způsobovat nežádoucí úniky moči. Na konci měření se tenký katétr z měchýře volně vytáhne a je-li zaveden do měchýře přes stěnu břišní, pak se vzniklý několika milimetrový otvor v řádu minut opět spontánně uzavře. Na kůži zbyde po tomto vyšetření bodová jizva nad sponou stydkou. Pakliže nedojde během vyšetření k vzácné infekci močových cest, neměl by mít pacient po vytažení katétru žádné bolesti anebo obtíže s močením.

### 4. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména pálení nebo nepříjemný pocit při zavádění katétru do močového měchýře, poranění anebo infekce močových cest.

### 5. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Videourodynamika je vyšetření schopné informovat o anatomických a tlakových poměrech dolních močových cest a na rozdíl od prostého urodynamického vyšetření informuje lékaře o anatomických poměrech celého močového traktu, včetně jinak neodhalitelných komplikací základního onemocnění jako je veziko-ureterální reflux (patologický návrat moči do ledvin v důsledku přetlaku v měchýři). Neprovedení navrhovaného vyšetření může vést k nesprávnému nastavení léčby a v důsledku pak k močové inkontinenci anebo jejímu zhoršení, k infekcím močových cest a v dlouhodobém horizontu také ke ztrátě ledvinné funkce.

**6. 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:**

- Dlouhodobé omezení v obvyklém způsobu života v důsledku tohoto vyšetření se nepředpokládá, nelze ho ale zcela vyloučit.

**Předpokládaná doba hospitalizace:**

- Vyšetření probíhá ambulantně nebo během dvou až třídní hospitalizace.

**Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):**

- Nepředpokládáme nutnost školní absence nebo pracovní neschopnosti, ale nelze je zcela vyloučit, zejména v případě infekce močových cest, která patří k možným komplikacím tohoto vyšetření.

**Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:**

- Omezení v běžném způsobu života kromě stávajících nepředpokládáme, ale nelze je zcela vyloučit (zejména absenci ve škole v důsledku léčby infekce močových cest.).

**Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:**

- Dlouhodobé změny zdravotní způsobilosti se neočekávají, ale nelze je zcela vyloučit.

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

- Podmínkou, aby bylo možné výkon provést, je, že pacient musí být bez močové infekce s negativním kultivačním vyšetřením moči. Před vyšetřením může být podána ochranná dávka antibiotik. Po provedení vyšetření se nepředpokládá nutnost dodržovat speciální léčebný režim, nelze to ale zcela vyloučit.

**8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek**

Lékař prohlašuje, že poskytl 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.

**9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval 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.

V Praze, dne.....

.....  
**Podpis a jmenovka lékaře****Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován 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 jsem jim a měl 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 zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (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 lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

**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: .....

.....  
**Podpis zákonného zástupce pacienta**NEBO .....  
**Podpis pacienta \*****Identifikace zákonného zástupce pacienta:**

1) Jméno a příjmení: ..... Datum narození: .....

Vztah k pacientovi: .....

\* 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.