



Razítko pracoviště

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

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

1. Název zdravotního výkonu:

- Uretrocystoskopie a zavedení urodynamického katétru

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

- Dysfunkce dolních močových cest

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

- Prohlédnutí močové trubice a měchýře pomocí kamery cystoskopu, zavedení měřícího urodynamického katétru do močového měchýře přes stěnu břišní a vyšetření funkce dolních močových cest (tzn. měření náplně a tlaku v měchýři). Toto urodynamické vyšetření proběhne již bez anestezie následující den po zavedení měřícího 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 vzniklý několik milimetrový otvor se v řádu minut opět spontánně uzavře. Na kůži zůstane 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: infekce močových cest, poranění močových cest, přechodné krvácení po vyšetření, pokračující obtíže s močením nebo jejich zhoršení

5. Alternativy zdravotního výkonu:

- Ambulantní urodynamické vyšetření se zavedením měřícího katétru přes močovou trubici bývá bolestivější nebo nemožné vzhledem k abnormální anatomii a jizvení močové trubice, a může zkruslovat samotné vyšetření – úniky moči podél katétru v močové trubici mohou zkruslovat kontinenci pacienta (schopnost udržet moč).

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:

- Omezení školní docházky a běžných aktivit očekáváme pouze po dobu hospitalizace, po propuštění se pacienti vrací druhý den zpět ke svým běžným aktivitám. Nelze však omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti úplně vyloučit.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 1 až 2 dny

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

- 1 až 2 dny

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- Žádná nová omezení kromě stávajících neočekáváme, ale nelze je zcela vyloučit (zejména klidový režim nutný k léčbě vzácné komplikace - infekce močových cest, kterou je třeba léčit antibiotiky).

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- Změny zdravotní způsobilosti v důsledku navrhovaného výkonu a měření neočekáváme, 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):

- Zejména předoperační vyšetření, včetně vyšetření moči, podání ochranné dávky antibiotik.

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:

..... NEBO
Podpis zákonného zástupce pacienta **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.