



Razítko pracoviště

Příjmení:  
Jméno:  
RČ pacienta:

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

### **1. Název zdravotního výkonu:**

- Uretrocystoskopie diagnostická

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

- Podezření na překážku odtoku moči (chlapeň zadní uretry, jizevnaté zúžení apod.)
- Příměs krve v moči

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

- Prohlédnutí močové trubice a měchýře pomocí kamery cystoskopu. Účelem provedení výkonu je potvrzení nebo vyvrácení podezření na překážku odtoku moči (chlapeň zadní uretry, jizevnaté zúžení apod.) a objasnění anatomických poměrů, v případě diagnózy krve v moči je účelem výkonu objasnění zdroje příměsi krve v moči. Na základě výsledků diagnostické uretrocytoskopie bude možné upřesnit diagnózu a zvolit další postup řešení potíží pacienta. Následkem výkonu bývá zejména přechodná bolestivost v močové trubici při močení po vyšetření anebo přechodná příměs krve v moči v důsledku poranění sliznice močových cest.

### **4. Rizika zdravotního výkonu:**

- Zejména: infekce močových cest, poranění močových cest, přechodné krvácení po vyšetření, recidiva obtíží s močením.

### **5. Alternativy zdravotního výkonu:**

- Nejsou, V případě neprovedení výkonu nebude možné upřesnit diagnózu a zjistit příčinu obtíží pacienta a následně zvolit vhodnou terapii v případě její dostupnosti.

### **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, ale nelze je zcela (zejména v případě infekce močových cest, která patří k možným komplikacím tohoto vyšetření a vyžaduje několikadenní léčbu antibiotiky) 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 omezení neočekáváme, ale nelze je zcela (zejména v podobě absence školní docházky a doporučený klidový režim v případě výše uvedených komplikací) vyloučit.

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

- Změny zdravotní způsobilosti 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):***

- Předoperační vyšetření, včetně vyšetření moči, podání ochranné dávky 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: .....

..... 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.