

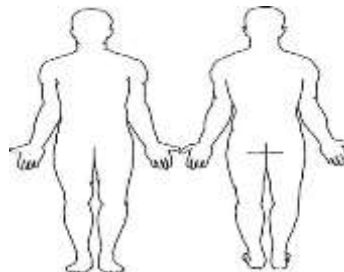
## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

Identifikační štítek

pacienta



Druh výkonu

**Epicystostomie**

### Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, vážený paciente, bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

#### **Účel, povaha, předpokládaný přínos, důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:**

Dočasné event. trvalé odvedení moči cévkou z močového měchýře vpichem přes břišní stěnu - zajištění derivace moči tenkou cévkou zavedenou vpichem přes břišní stěnu při neprůchodnosti močové trubice (zúženina, nádor), při nemožnosti zavést cévku nebo jako derivace infikované moči při těžkých zánětech zevního genitálu a močové trubice.

#### **Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:**

Bolestivost rány, možnost infekce vpichu či močových cest (teploty, event. možnost otravy krve), komplikace hojení vpichu (močová píštěl – komunikace mezi močovým měchýřem a břišní stěnou), dále možnost poranění nitrobřišních orgánů či krvácení, což může vést k operační revizi.

#### **Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:**

Otevřená epicystostomie při jizvách, výrazné obezitě, atd.

#### **Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu, léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

Nutné dodržovat režimová opatření po zavedení epicystostomie.

Režimová opatření: nekoupat se, vhodné sprchování, pravidelné výměny epicystostomie při dlouhodobém zavedení za 5 týdnů, prevence infekce močových cest, pravidelné kontroly na urologické ambulanci.

### Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.**

-Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

---

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

Podpis lékaře:

Datum:

---