

## PUNKČNÍ EPICYSTOSTOMIE

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

**Účel, povaha a důsledky výkonu:**

Výkon slouží k zajištění odvodu moče z močového měchýře v případě, kdy nemocný nemočí sám a nelze ani zavést do močového měchýře cévku k odvedení moči. Tento výkon je zapotřebí provést zejména v případech těžkých poranění, bezvědomí, těžkého poranění hlavy, popáleniny, šoku, u větších operací, u pooperačních stavů aj.

**Příprava k výkonu:**

Příprava spočívá v oholení podbřišku v místě nad močovým měchýřem, dezinfekci a místním znecitlivění před výkonem.

**Provedení výkonu:**

Lékař provede místní znecitlivění kůže, krátkým řezem pronikne k vyklenutému močovému měchýři. Punkčním nástrojem pronikne do měchýře a zavede jím hadičku, která následně odvádí moč. Hadička se připevní ke kůži stehem, který uzavírá i drobný řez.

**Doporučený režim po výkonu:**

Hadíčka zůstává zavedená do té doby, než nemocný začne močit sám, okolí je ošetřováno dezinfekcí. Odvod z hadičky je dle možností na určitou dobu uzavírán a opět otevírán. Omezení jsou dána nutností nošení sáčku na sběr moči.

**Možné komplikace a rizika:**

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s provedeným zákrokem některé komplikace. Je to zejména drobné krvácení, ke kterému může dojít při poranění podkožní cévy. Dále může dojít k infekci operační rány či zanesení infekce do močového měchýře. Tato komplikace vyžaduje léčbu antibiotiky. Po vyndání cévky vzácně může být problém se zhojením rány a vznikem anomálního spojení mezi kůží a močovým měchýřem (tzv. píštěl). Tato komplikace si může vyžádat operační řešení.

**Možné alternativy léčby:**

Zavedení hadičky do močového měchýře operační cestou.

## PUNKČNÍ EPICYSTOSTOMIE

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

### Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: 27.6.2016 07:02

-----  
podpis pacienta / zákonného zástupce

-----  
podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

### PUNKČNÍ EPICYSTOSTOMIE

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

-----  
podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!