

Urodynamické vyšetření u ženy

Poj.: _____ Strana 1 / 3
DG: _____
C.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 dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážená paní,

Vaším ošetřujícím lékařem Vám bylo doporučeno provedení urodynamického vyšetření (urodynamika). Jedná se o vyšetření, které slouží ke zhodnocení funkce dolních močových cest. Provádí se u žen s poruchami močení (slabý proud, časté močení ve dne i v noci, pocit neúplného vyprázdnění), ale nejčastěji při úniku moče při provokačních manévrech, jako je kašel, prudký pohyb aj.

Popis výkonu:

Vlastní vyšetření se zahajuje takzvanou plnicí a mikční cystometrií (CMV). Toto vyšetření spočívá ve využití dvou cévek (hadiček). Jedna tenká cévka (hadička) se zavede přes močovou trubici do močového měchýře. Pak se fixuje náplastí k zevnímu genitálu, aby nevypadla v průběhu měření. Tato cévka slouží k samotnému měření tlaku v močovém měchýři. Druhá tenká cévka na konci s balónkem se zavede asi 10 cm hluboko do konečníku. Slouží k měření tlaků v dutině břišní, aby se předešlo falešným výsledkům (například při kašli nebo samovolném pohybu vyšetřovaného). Přístroj měří a vyhodnocuje tlakové parametry během plnění v močovém měchýři sterilní tekutinou, dále zaznamenává množství plnicí tekutiny a všechny změny, které v průběhu plnění v měchýři probíhají. K tomuto vyšetření je potřeba důkladné spolupráce pacienta s vyšetřovacím týmem. Přístroj je schopen zhodnotit změny v močovém měchýři, ale vlastní pocity při plnění močového měchýře nám musí pacient doplnit sám. Na konci vyšetření se provede uroflowmetrie (UFM) - jde o močení do improvizovaného WC. Podle potřeby je někdy nutné vyšetření 1 - 2x zopakovat. Průměrná doba celého vyšetření je asi 1 hodina. Po skončení výkonu se pacientovi obě cévky odstraní. Dále může vyšetření pokračovat vyšetřením gynekologických orgánů v zrcadlech, a to k posouzení stavu pochvy a dělohy a jejich vlivu na močové cesty.

Režim pacienta před výkonem:

Před vyšetřením ráno provést hygienu (osprchovat se). Není nutno lačnit. V případě podezření na močovou infekci (řezání při močení, teploty) na toto předem upozornit zdravotní sestru či lékaře.

Komplikace z výkonu:

Casné nebo pozdní po vyšetření:

- po skončení urodynamického vyšetření a odstranění cévky z močové trubice můžete mít pocit pálení či řezání při močení. Tyto potíže spontánně vymizí během 1 - 2 dnů. Pokud potíže neustanou, nebo se po vyšetření objeví zimnice, třesavka nebo zvýšená teplota, ihned vyhledejte urologa. Může se jednat o rozvoj infekce močových cest.
- někdy se může následkem manipulace v močové trubici objevit v moči nebo na spodním prádle krev. I tato komplikace by měla během jednoho dne ustoupit. Pokud tomu tak nebude, je opět nutné vyhledat urologa.

Obecné komplikace, které nemají souvislost s typem vašeho vyšetření, jako například:

- Alergická reakce - Tato reakce se může objevit při přípravě k výkonu, během výkonu i po výkonu. Jedná se o přecitlivělost na podaný lék nebo desinfekční prostředek. Může se projevit jako kopřivka, zarudnutí, svědění kůže, ale může mít i podobu závažnější jako jsou dechové obtíže, celková slabost, pokles krevního tlaku s rozvojem šokového stavu. Projevuje se nejčastěji do několika vteřin nebo minut po podání léku nebo desinfekčním prostředku

Urodynamické vyšetření u ženy

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

(při desinfekci operačního pole). Tato reakce se může vyskytnout také kdykoli i u pacientů, kteří dosud nejsou na nic alergičtí.

• Riziko závažného postižení a smrti po výkonu - každý výkon může ve výjimečných případech mít závažné komplikace, které mohou vést k trvalé invaliditě nebo ke smrti pacienta.

Všem závažným komplikacím se snažíme předcházet a v případě jejich výskytu je včas a účinně řešit.

Režim pacienta po výkonu:

Je nutné po výkonu zvýšit příjem tekutin, nezadržovat moč, neprochladnout, po 2 dny se vyhnout fyzické zátěži, koupání a pohlavnímu styku.

Doporučení po výkonu:

Vzhledem k nutnosti zbavit močové cesty možné infekce je nutné po výkonu zvýšit příjem tekutin a pravidelně navštěvovat toaletu, aby se měchýř mohl důkladně naplnit a vypláchnout.

Alternativa výkonu:

Alternativou tohoto vyšetření je výkon neprovést. To však vede k nedokonalé diagnostice Vašeho problému a obtížné situaci lékaře při tvorbě Vašeho léčebného plánu.

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

Urodynamické vyšetření u ženy

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

~~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:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)