

## Punkční epicystostomie

Poj.:

Strana 1 / 4

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 dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

**Vážená paní, pane,**

Vaším ošetřujícím lékařem Vám byla doporučena epicystostomie (zavedení cévky do močového měchýře přes stěnu břišní). Jedná se o miniinvazivní výkon, při kterém se zavádí do naplněného, nebo přeplněného močového měchýře cévka přes stěnu podbřišku pro nemožnost zavedení cévky přes močovou trubici. Cílem výkonu je zajištění drenáže močového měchýře a volný odtok moči.

**Před výkonem:**

Operační pole bude nutné před operací oholit.

Na operačním sále dostanete dle potřeby antibiotika, jako prevence možné infekce.

**Popis výkonu:**

Výkon se provádí v poloze vleže na zádech v lokálním znecitlivění. Před výkonem je nutné ultrazvukové vyšetření močového měchýře k ověření dostatečné naplněnosti močového měchýře. Po desinfekci v oblasti podbřišku a injekční aplikaci lokálního anestetika (znecitlivění) se provede krátký řez kůže v místě vpichu v podbřišku o délce 5-10mm. Tudy je následně zavedena epicystostomická jehla přes stěnu břišní a stěnu močového měchýře, kudy se poté zavádí tenká siliková hadička, která se fixuje ke kůži jedním nebo dvěma stehy.

**Výměna epicystostomie:**

V případě, že je nutné, abyste cévku používal/a dlouhodobě, je nutno ji v pravidelných intervalech vyměňovat, neboť v opačném případě dochází k riziku sedimentování minerálních solí, které jsou v moči, vytvoření močových kamenů a obtížnému vytažení močové cévky, a zvýšenému riziku komplikované infekce močových cest. Časový interval výměny močové cévky se pohybuje nejčastěji mezi 4 a 6 týdny, v případě komplikací je modifikován dle Vašeho aktuálního zdravotního stavu.

**Alternativa výkonu:**

Alternativou je výkon neprovést. To však povede k bolestivému přeplnění močového měchýře s jeho možným roztržením a nutností chirurgické revize. Neprovedení tohoto výkonu za okolností, že není možné jinak drénovat měchýř, Vás ohrožuje na životě.

**Komplikace po výkonu:**

Časné nebo pozdní po výkonu:

- poranění konečníku, prostaty při zavádění (při ultrazvukové kontrole se toto riziko minimalizuje).
- krvácení z rány, to většinou ustane po založení fixačních stehů.
- krvavá moč - hadička může podráždit měchýř, proto omezte tělesnou námahu a zvyšte příjem tekutin.
- teploty - při zavádění může dojít k zanesení infekce do rány s rozvojem zánětu, přijďte na kontrolu.

## Punkční epicystostomie

Poj.:

Strana 2 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

- vytržení cévky - když praskne zajišťovací balónek, nebo se povolí stehy - navštivte ihned ambulanci.
- zástava odtoku moči většinou spojená s bolestivostí v oblasti břicha a podbřišku - došlo k ucpání nebo vytažení cévky a proto je nutné ji poupravit nebo propláchnou, navštivte naši ambulanci.
- teploty - při zavádění může dojít k zanesení infekce do močového měchýře s rozvojem zánětu, navštivte naši ambulanci nebo svého praktického lékaře
- infekce - již několik dní po zavedení cévky dojde ve 100% případů k osídlení cévky bakteriemi. Léčba infekce je proto prováděna vždy jen v případě, vyskytnou-li se příznaky močové infekce
- podtékání cévky - močová cévka není vodotěsným systémem, proto se při stahu močového měchýře může několik kapek moči kolem cévky objevit
- kámen vytvořený na cévce - jestliže nemáte dostatečný příjem tekutin a/nebo je váš močová cévka ponechána dlouhou dobu, může dojít k vytvoření kamene (konkrementu) na močové cévce. V extrémních případech je nutno tuto komplikaci řešit operací a vynětím vytvořeného kamene přímo z močového měchýře

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 (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 co nejrychleji a účinně řešit.

### Doporučení po výkonu:

Zabezpečení dostatečného přívodu tekutin, obecně je doporučován denní příjem 3000ml tekutin, bez ohledu na sortiment (voda, čaj, zředěné ovocné šťávy ...).

Před a po každé manipulaci s cévkou či sběrným sáčkem je nezbytně nutné si umýt ruce mýdlem.

Zamezení zalamování, vytrhnutí a jiné neadekvátní manipulace s cévkou.

Péče o kůži v okolí cévky.

Aplikace desinfekčních nebo antibiotických přípravků do okolí cévky není nutná., není též vhodné užívání lubrikantů na bázi tuků (Indulona a podobně).

Rutiní proplachování cévky desinfekčními roztoky není doporučováno.

Při každém otevření cévky (výměna sběrného sáčku, vypouštění vytažením kolíčku) je nutná dezinfekce konce cévky i napojovaného příslušenství (sáček, kolíček).

Sběrný sáček je vhodné vypouštět je-li naplněn do 1/2 či 2/3 maximálního objemu jako prevence násilného vytržení cévky z močového měchýře, a tím poranění hrdla močového měchýře.

Vyprazdňujte sběrný sáček nejpozději každých 3-6 hodin.

V případě jakýkoliv nejasností či problému při zavedené močové cévce se ihned obraťte na svého praktického lékaře či urologa.

### 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,

## Punkční epicystostomie

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

- 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:**

---

**Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:**

---

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

## Punkční epicystostomie

Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

-----  
podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!