NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU

ZÁZNAM POHOVORU S LÉKAŘEM

Motto nemocnice: Člověk je zrozen k vzájemné pomoci. L. A. Seneca

Resekční pyeloplastika

Poj.:
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 paní, pane,

Vaším ošetřujícím lékařem Vám byla doporučena pyeloplastika. Močovod vaší ledviny je zúžený, a to způsobuje zhoršený odtok moče z ledviny do močového měchýře, nebo je zúžení způsobeno překřížením močovodu s nadpočetnou cévou. V důsledku toho je v ledvinné pánvičce vysoký tlak a vaše pánvička se rozšířila. Nebezpečí takového stavu spočívá v riziku zánětu. Dlouhodobě vysoký tlak v pánvičce může vést k postupnému zániku ledvinné tkáně a schopnosti postižené ledviny tvořit moč. Vysoký tlak v pánvičce může u vás vyvolávat nepříjemné bolestivé tlaky v boku a bedrech. Cílem plánované operace je odstranění zúženého úseku močovodu a opětovné napojením pánvičky s močovodem tak, aby moč mohla z ledviny volně odtékat a tak došlo k ochránění funkce ledviny.

Před výkonem:

Den před výkonem Vám bude odebrána krev na přípravu krevních transfusí.
Bude potřeba provést přípravu střev, a to podáním klyzmat.
Operační pole bude nutné před operací oholit.
Večer před operací vám bude podána injekce k zabránění žilní trombózy.
Ráno před operací Vám budou zabandážovany dolní končetiny také jako prevence žilní trombózy.
Před operací dostanete antibiotika, jako prevence možné infekce.

Popis výkonu:

Vaši operaci plánujeme klasicky. Operace je prováděna v celkové anestézii. V poloze na boku zdravé strany, kožní řez je veden pod obloukem žeberním. Při operaci bude odstraněn zúžený úsek močovodu, který je příčinou stavu a pánvička s močovodem budou sešity tak, aby moč mohla volně odtékat do měchýře. Nebo se močovod přeruší v místě, kde se kříží s cévou a opět se sešije tak, aby již k útlaku cévou nedocházelo. Při výkonu může být do močovodu zaveden stent (tenká silikonová hadička), který bude odstraněn za cca 6 týdnů po operaci, nebo drén (nefrostomie), který se odstraňuje za hospitalizace dle aktuálního stavu pacienta. Operační výkon trvá zhruba 2-3 hodiny. Do operační rány bude uložen drén, který odvádí sekrety vznikající při hojení rány a který bude ponechán cca 3-5 dní.

Alternativy výkonu:

Alternativní metodou je výkon vůbec neprovádět, může však docházet k poškození parenchymu ledviny a ledvina bude postupně zničená. Alternativou jak neoperovat a přitom ledvinu zachovat je chronické zavádění stentu. Ten je nutné každé 3-6 měsíců vyměnit v narkóze. Jiný způsob je založení punkční nefrostomie, která se musí vyměnit každé 3 měsíce, a omezuje vás nošením sběrného sáčku.Výkon je kromě cesty klasické možné provést i laparoskopickou cestou, což ale ve Vašem případě není vhodné nebo možné (z důvodu nejčastěji předchozí operace v dutině břišní, záněty, srůsty, srdeční nedostatečnost, která Vás limituje k laparoskopickému výkonu, obezita, a jiné). Další možnou alternativou je endopyelotomie (provedení výkonu přes močový měchýř), ve Vašem případě není ideální.

Pouze vzor, nevyplňujte!

Resekční pyeloplastika

Péče po výkonu:

Po operaci budete umístěn na oddělení intenzivní péče, kde jsou možnosti návštěv omezeny. Zde strávíte nejméně 24 hodin podle vývoje vašeho zdravotního stavu.
V případě potřeby Vám budou podávány léky na tlumení bolesti.
Antibiotika po operaci budetde dostávat dle potřeby
Infuze Vám budou podávány v prvých dnech, pak podle potřeby.
Pooperačně budeme pokračovat v podávání injekcí k zabránění žilní trombózy, s touto léčbou budeme pokračovat do doby, kdy budete plně mobilizován. Bude potřeba pravidelně procvičovat dolní končetiny.
Po operaci Vám budou podávány léky pro správnou činnost střev, která je po operaci znormalená. Dieta bude po operaci omezena nejprve na tekutou stravu, po obnovení pohybu střev budete převeden na normální stravu.
Tak jak bude možné, budeme měnit obvazy a odstraníme drén z operační rány, nejčastěji je to 2.-5. den od operace, podle množství tekutiny, které odvede.
Po operaci budete mít zavedenou močovou cévku, ta se odstraní až se začnete plně pohybovat a budete schopen si dojít na toaletu.
Ihned po operaci bude nutný klid na lůžku. Naší snahou bude umožnit Vám opuštění lůžka již následující den po operaci.

Pouze vzor, nevyplňujte!

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

Resekční pyeloplastika

Poj.:
DG:
Č.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)

Pouze vzor, nevyplnujte!