

Informovaný souhlas před provedením urodynamického vyšetření

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 pacientko,

vzhledem k Vaším obtížím s udržení moči Vám bylo doporučeno provedení urodynamického vyšetření. Toto vyšetření má za cíl vyšetřit funkci dolních cest močových (močový měchýř, močová trubice) a pomoci navrhnout Vám neoptimálnější léčbu.

Popis vyšetření:

Po dezinfekci Vám bude zavedena speciální cévka do močového měchýře a rektální katetr do konečníku. Cévkou naplníme močový měchýř sterilní tekutinou. Přístroj zaznamenává množství tekutiny v močovém měchýři, tlak v močovém měchýři, tlaky v močové trubici a nitrobrříšní tlak. Během vyšetření budete několikrát vyzvána ke kašlání. Dále Vám bude provedeno ultrazvukové vyšetření přiložením sondy na rodidla a posléze se vymočíte na speciální toaletě, která zaznamená proud a množství moči. Po vyšetření dostanete 1 tabletu antibiotika, kterou byste měla sníst před spaním. Tím bude minimalizováno riziko eventuálního zanesení infekce do organismu.

Režim pacienta před výkonem:

Předchozí odebrání moči k vyloučení močové infekce.

Režim pacienta po výkonu:

Po výkonu je vhodné hodně pít, aby se snížila pravděpodobnost výskytu močové infekce. Na závěr výkonu dostanete jednorázovou preventivní dávku antibiotika v tabletové formě, kterou byste měla užít před spaním v den provedení výkonu.

Komplikace:

Při provádění urodynamického vyšetření nedochází v naprosté většině případů k vážným komplikacím či problémům, ale nikdy je nemůžeme jednoznačně vyloučit.

Může se jednat o tyto komplikace:

1. Při zavádění cévky může dojít k poranění močové trubice nebo močového měchýře, které může způsobit potíže při močení, krvácení z močové trubice eventuelně jiné poranění, které si může vyžádat chirurgické ošetření.
2. Po provedeném vyšetření dochází ojediněle k zánětlivým komplikacím močové trubice, močového měchýře eventuelně i ledvin, které je nutné řešit antibiotickou léčbou. Raritně může být infekcí postižen celý organismus (sepsis).

Alternativy vyšetření:

V současné době neexistuje žádná jiná metoda, která by byla schopna vyhodnotit funkce dolních močových cest. Toto vyhodnocení je podmínkou před naplánováním eventuální operační léčby.

Informovaný souhlas před provedením urodynamického vyšetření

Poj.: Strana 2 / 3
DG:
C.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 změněm 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 odpovězeny.

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:

Informovaný souhlas před provedením urodynamického vyšetření

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!