

Aplikace Bulkamidu (gel určený k léčbě stresové inkontinence)

Poj.: Strana 1 / 4
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**

Režim před výkonem:

Od půlnoci nejezte. Tekutiny je možno pít naposledy 2 hodiny před plánovaným zákrokem.

Vlastní operační výkon:

Operace se provádí v celkové nebo lokální anestézii. Po desinfekci je do močové trubice a močového měchýře zavedena optická kamera (uretroskop). Do oblasti přechodu močové trubice a močového měchýře se poté pod sliznici močové trubice aplikuje 1-2ml gelu. Tento gel je nevstřebatelný a působí zúžení močové trubice, které pomáhá udržení moči při stresových manévrech (zvedání břemen, kýčnutí, kašláni sport...). Funkčnost gelu je individuální. Většinou dva roky. V případě potřeby je možno jej aplikovat znovu. Jelikož gel neobsahuje silikonové částice, nedochází k jeho migraci po organismu.

Rozšíření výkonu:

Odběr vzorků tkáně z močového měchýře při podezření na nález.

Režim po výkonu:

Po operaci budete převezena na tzv. dospávací pokoj, kde budou intenzivně monitorovány Vaše životní funkce. Můžete mít zavedenou močovou cévku, která bude odstraněna druhý den ráno. Hojení probíhá přibližně týden. Stejně tak pracovní neschopnost. Během tohoto týdne se doporučuje klidový režim bez pohlavního styku. Účinnost tohoto výkonu není tak vysoká jako u klasické operace pro močovou inkontinenci (vlození pásky pod močovou trubici). Výkony se provádí nejčastěji při selhání páskové operace, u žen plánující další těhotenství nebo u žen s málo pohyblivou močovou trubicí. Dlouhodobá úspěšnost se v literatuře udává kolem 60%.

Alternativy:

Řešení stresové inkontinence moč rehabilitací pánevního dna, vložením syntetické pásky pod močovou trubici nebo Burchovou operací (vytažení pochvy k vazům malé pánve).

Komplikace:

I přes největší opatrnost může ojediněle během a po zákroku dojít ke komplikaci, která Vás může ohrozit na životě a je nutné ji řešit dalšími lékařskými opatřeními či další operací. Předchozí onemocnění či individuální odchylky od normy mohou tyto komplikace podporovat.

- 1) Nejčastěji se jedná o operační a pooperační krvácení, pohmoždění či poranění okolních orgánů (kůže, pochvy, močové trubice, močového měchýře, močodů, nervů a cév).
- 2) Poruchy močení - častější nucení na močení, nepovyprázdnění močového měchýře se vznikem močových zánětů, obtížné spuštění močení. Může dojít k nedostatečnému zúžení močové trubice a přetrvávání močových úniků i po provedení zákroku.
- 3) Alergické reakce na desinfekci, rouškování, šicí materiál, podané léky, Bulkamid gel.
- 4) Infekce Bulkamid gelu s možností komplikovaného hojení, vznikem píštěle močové trubice a trvalou bolestí.

Aplikace Bulkamidu (gel určený k léčbě stresové inkontinence)

Poj.:

Strana 2 / 4

DG:

C. chorobopisu:

5) Anesteziologické komplikace uvedené v anesteziologickém souhlasu.

Prosíme, zeptejte se na vše, co Vám není jasné, nebo co byste chtěla více upřesnit.

Vážená paní,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.

PROSIM, PTEJTE SE NA VSECHNO, CO SE VAM ZDA DULEZITE!

Přejeme Vám co nejkratší a ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

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.

Aplikace Bulkamidu (gel určený k léčbě stresové inkontinence)

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

C.chorobopisu:

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, nevyplňujte!

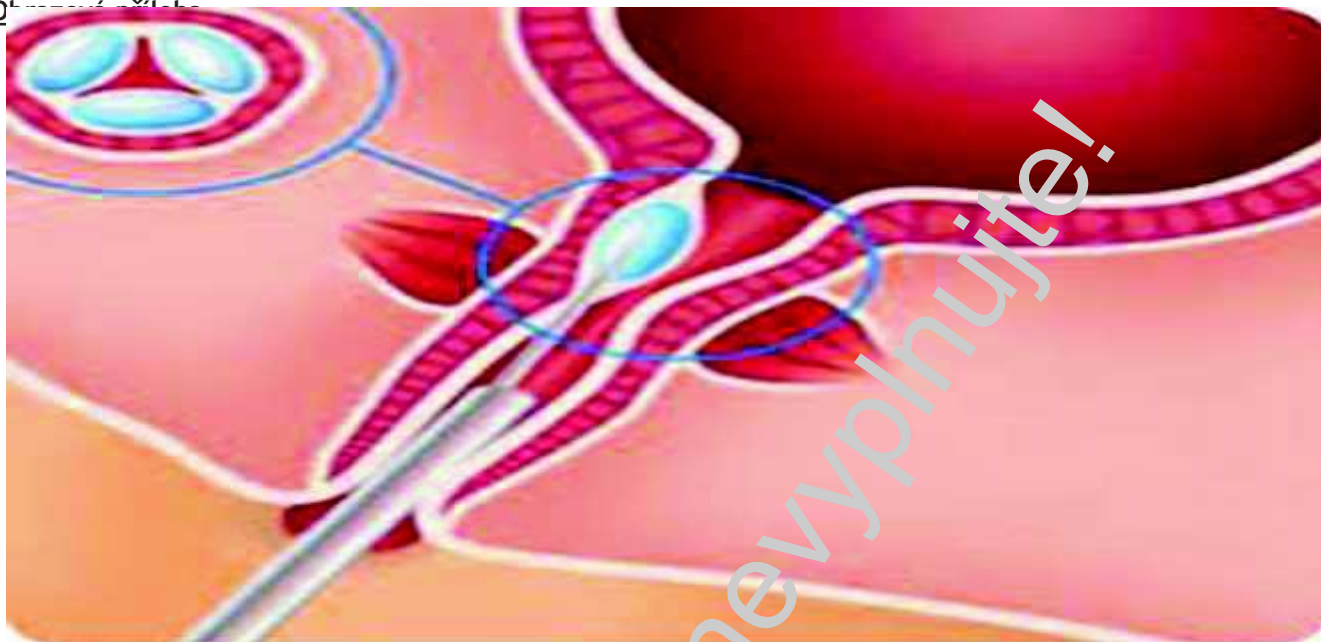
Aplikace Bulkamidu (gel určený k léčbě stresové inkontinence)

Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

C.chorobopisu:



Obr. 1