

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY (cystoskopie)

POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

Název poskytovatele	Centrum zdravotní péče Jirny (provozovatel: INC, a.s.)
Adresa poskytovatele	Tovární 19, 250 90 Jirny
Odbornost poskytovatele	Urologie
Lékař	

PACIENT :

Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo	
Adresa bydliště	

INFORMACE O ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ

Účelem cystoskopie je vyšetření močové trubice, hrdla a sliznice močového měchýře. Jedná se o diagnostický výkon s cílem potvrdit nebo vyloučit přítomnost onemocnění v popsanych oblastech. Jiná srovnatelně výtežná vyšetřovací metoda k tomuto vyšetření není v současné době známa.

Výkon je prováděn lékařem. Diagnostické vyšetření probíhá v poloze na zádech s dolními končetinami ve speciálních podpěrách. V lokálním znecitlivění (prováděno gelem) se močovou trubicí zavede do měchýře optický nástroj (cystoskop). Následně se měchýř plní sterilním roztokem a lékař pomocí optiky cystoskopu prohlédne močový měchýř, eventuálně i močovou trubicí. Po skončení vyšetření se tekutina vypustí a nástroj se vyjme.

Po provedení cystoskopie v případě nekomplikovaného výkonu není nutná pracovní neschopnost ani nejsou nutná žádná omezení v obvyklém způsobu života. Subjektivní potíže jsou malé (mírné pálení při následném močení z podráždění močové trubice) a brzy max. do několika hodin odeznívají. Doporučuje se vyšší příjem tekutin..

INFORMACE O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH

Komplikace při výkonu nejsou časté. Při výkonu však může dojít k poranění močové trubice nebo močového měchýře, spočívající v časném nebo pozdním krvácení do moče. Velmi vzácně může dojít i k proděravění stěny močového měchýře a poranění orgánů malé pánve. V takovém případě je pak nutná operační revize.

Po výkonu může pacient přechodně pociťovat nucení na močení, pálení při močení a někdy může dojít krátkodobě i k zástavě močení. Pokud by zástava močení při dostatečném příjmu tekutin přetrvávala více než několik hodin (konkrétně dle informace lékaře individuálně každému pacientovi po vyšetření) je nutné kontaktovat lékařskou pomoc.

S O U H L A S P A C I E N T A

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) a poučen(a) o výkonu diagnostického cystoskopického vyšetření včetně upozornění na možné komplikace. Při poučení jsem měl(a) možnost klást dotazy. Veškeré mé dotazy mi byly zodpovězeny. Poučení jsem porozuměl(a) a na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením výkonu diagnostického cystoskopického vyšetření.

datum

podpis pacienta