

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY (dilatace striktury uretry)

POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

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

PACIENT (ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI):

| | |
|------------------------|--|
| Příjmení, jméno, titul | |
| Rodné číslo | |
| Adresa bydliště | |
| Zákonný zástupce – 1 | |
| Zákonný zástupce – 2 | |

POPIS ZDRAVOTNÍ SLUŽBY:

| |
|--|
| |
|--|

INFORMACE O ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ

Striktura uretry je zúžení průsvitu močové trubice způsobené jizevnatými změnami nejčastěji po úrazu či zánětu močové trubice. Následkem toho pak vznikají močové potíže (močová trubice nemůže odvádět fyziologicky moč), což výrazně omezuje životní komfort pacientů.

Dilatace uretry je ambulantní výkon, obvykle se provádí opakovaně každých 4–8 týdnů. Výkon provádí lékař na chirurgickém sálku. Po znecitlivění močové trubice anestetickým gelem se přes močovou trubici až do močového měchýře zavádějí cévky postupně od tenkých po silnější. Dobře spolupracující, spolehlivý, fyzicky zdatný a poučený pacient si může provádět příště autodilataci.

INFORMACE O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH

Po výkonu se může krátkodobě objevit v moči příměs krve nebo pálení a řezání při močení.

Při podání lokálního anestetika může u pacienta dojít k alergické reakci. Pacient může mít pocit nespecifické závratě nebo malátnosti, u vegetativně labilních pacientů může dojít až ke kolapsu.

I přes veškerou péči lékaře může při vlastním malém operačním výkonu dojít k částečným komplikacím. Všeobecné komplikace doprovázející malé chirurgické výkony jako trombóza (vytváření se krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), embolie (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během výkonu, infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. I přes pečlivou operační techniku může dojít během malého chirurgického výkonu k neúmyslnému poškození okolních tkání. Tato poškození mohou vést k rozšíření chirurgického výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu.

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 o malém chirurgickém výkonu včetně upozornění na možné komplikace. Při poučení jsem měl 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 malého gynekologicko chirurgického výkonu.

datum

podpis pacienta

Zákonní zástupci u nezletilého pacienta:

podpis zákonného zástupce – 1

podpis zákonného zástupce - 2