

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s urodynamickým vyšetřením u ženy**

Pacientka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Urodynamické vyšetření u ženy****Účel výkonu**

Vážená pacientko,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohla svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vám provedeme urodynamické vyšetření.

Jedná se o specializovaný výkon, který slouží ke zhodnocení funkce dolních močových cest. K tomuto vyšetření je potřebný Váš souhlas.

Povaha výkonu**Před výkonem je nezbytné:**

- mít plný močový měchýř,
- přinést si s sebou negativní výsledek kultivace moče, který by neměl být starší 14 dnů (pokud kultivace není negativní, vyšetření nelze provést),
- týden před vyšetřením vysadit léky, které užíváte k léčbě inkontinence.

Technika urodynamického vyšetření

Principem metody je změření močového proudu s následným naplněním močového měchýře sterilní tekutinou a měření tlaků, a tím stanovení příčiny Vašich potíží.

Vlastní výkon:

- močení do přístroje, který změří parametry močového proudu, které jsou vyhodnoceny počítačem,
- zavedení tenké speciální hadičky do močového měchýře přes močovou trubici a další hadičky do konečníku,
- plnění močového měchýře sterilní tekutinou,
- měření tlakových hodnot.

Průměrná doba výkonu je cca 30 minut, zavedení speciálních hadiček je někdy nepříjemné, ale nebolestivé.

Po výkonu je nezbytné:

- dostatečný přívod tekutin,
- omezit tělesnou námahu dle doporučení lékaře.

V případě silně zbarvené moči krví nebo potíží při močení ihned vyhledejte ošetřujícího lékaře.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění, zda jde o inkontinenci stresovou, urgentní či smíšenou a další stanovení léčebného postupu.

Alternativa výkonu

Není

Možná rizika zvoleného výkonu

Nepředpokládáme. Objeví-li se ale např. krev v moči, bolesti při močení, zvýšené teploty nebo jiné obtíže spojené s močením, obraťte se na svého praktického lékaře.

Následky výkonu

Nejsou.

Souhlas:

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměla, měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:

Jak pacientka projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacientka souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacientky, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacientka všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacientky nebo pacientka s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový informovaný souhlas.

Datum	Souhlas pacientky	Podpis pacientky	Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		