

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s miniinvazivním zákrokem pomocí objemových preparátů - bulking agents**

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**Miniinvazivní zákrok pomocí objemových preparátů - bulking agents****Účel výkonu**Cílem operace je odstranit nebo zmírnit příčinu Vašich obtíží – **stresovou inkontinenci moči**.**Povaha výkonu****Operační postup**

Účelem tohoto zákroku je aplikace preparátů zbytnujících stěny močové trubice. Důsledkem toho je vytvoření uzávěrového systému, který zamezí nechtěnému úniku moči.

Výkon je vhodný zejména u pacientek:

- u kterých došlo opakovaně k selhání jiných operačních metod řešících inkontinenci,
- které z jakéhokoli důvodu nejsou schopny podstoupit jiný operační zákrok.

Operace je prováděna v místním znecitlivění operované oblasti v gynekologické poloze. Pro podávání bulking agents jsou možné dva přístupy – kanálem močové trubice a podél stěny močové trubice – závisí na rozhodnutí lékaře provádějícího výkon.

Pomocí speciální jehly, za kontroly kamerovým systémem (uretro-cystoskopem), operátor aplikuje určité množství preparátu pod sliznici močové trubice nebo do tkáně podél močové trubice. Tento postup umožní vytvoření efektivnějšího uzávěrového systému uvnitř močové trubice. Výsledkem je schopnost pacientky udržet moč. Výjimečně může dojít k poruše vyprazdňování moči, kterou je nutno řešit zavedením katetru nebo odsátím určitého množství aplikované látky.

Výkon je nevhodný:

- pro pacientky trpící přecitlivělostí na některou složku používaných preparátů,
- při diagnóze „hyperaktivní močový měchýř“,
- při aktivní či chronické infekci močových cest.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zamezení nechtěnému úniku moči.

Alternativa výkonu

Jiný chirurgický výkon řešící močovou inkontinenci.

Následky výkonu

Při nekomplikovaném průběhu činí délka hospitalizace po výkonu 1 den, v případě pooperačních komplikací se délka hospitalizace může prodloužit.

Několik dnů po operaci může být vyprazdňování močového měchýře ztížené a nedostatečné kvůli otoku sliznice v močové trubici. Proto je možno na tuto přechodnou dobu zavést močovou cévku.

Možná rizika zvoleného výkonu

Bohužel i přes pečlivou operační techniku Vám ideální výsledek operace a nekomplikovaný průběh stoprocentně nikdo zaručit nemůže.

Z možných komplikací mohou nastat:

- krvácení z močové trubice / krvácení při močení různé intenzity,
- infekce rány / močových cest,
- obtížné vyprazdňování močového měchýře,
- bolestivost či pálení při močení,
- alergická reakce na aplikované látky,
- vytvoření abscesového ložiska v místě vpichu injekce,
- přetrvávající stresová inkontinence různé intenzity.

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
Byla jsem informována o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměla vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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 a 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