

ZÁVĚSNÁ OPERACE MOČOVÉ TRUBICE POŠEVNÍ CESTOU POMOCÍ TAHUPROSTÉ PÁSKY

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(lišil-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní,

na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena závěsná operace. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření ukazují na poruchu uložení močové trubice ve vztahu k močovému měchýři, což se projevuje nechtěným únikem moči. Proto doporučujeme úpravu operačním výkonem. Pokud se Vám zdá informace, kterou jste obdržela od Vašeho ženského lékaře, nedostatečná, zeptejte se, prosím, svého ošetřujícího lékaře na důvod plánovaného výkonu.

Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme v celkové anestézii (znečitlivění), kterou podává lékař specialista - anesteziolog. Ten Vás při anesteziologickém vyšetření podrobně informuje o způsobu znečitlivění.

Před výkonem/v den operace nesmíte od půlnoci jíst, pít ani kouřit. Případné komplikace související s anestézií Vám vysvětlí den před operací lékař – anesteziolog.

Postup při výkonu

Po znečitlivění lékař protne přední stěnu poševní v místě pod zevním ústím močové trubice. Tímto místem je zavedena tahuprostá páska a uložena pod močovou trubici tak, aby v případě náhlého zvýšení nitrobršního tlaku (např. při kašli či kýchnutí) udržela močovou trubici uzavřenou a zabránila tak nechtěnému úniku moči. Dále jsou protaženy konce pásky do dvou kožních vpichů nad sponou stydkou (TVT) nebo v tříselech (TOT), případně jsou ukotveny ve svalové tkáni. Výkon je zakončen sešitím řezu ve stěně poševní. Někdy je nutné doplnit tuto operaci o cystoskopii (kontrola vnitřku močového měchýře pomocí optického přístroje - cystoskopu), zda nedošlo k jeho poranění.

Možnosti léčby / řešení zdravotního problému

Alternativou plánovaného výkonu je konzervativní (neoperační) postup: cvičení svalů pánevního dna, používání inkontinenčních pomůcek.

Rizika a možné komplikace výkonu

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Závěs močové trubice pomocí pásky může být komplikován průnikem vodící jehly přes stěnu močového měchýře (TVT). Tato komplikace může způsobit krvavé zbarvení moče, které trvá zpravidla jen několik hodin. Zcela výjimečnou (méně jak 1 % případů) komplikací je krvácení do prostoru za sponu stydkou.

Všeobecné komplikace provázejí operační výkony jako trombóza (vznik krevních sraženin v žilách např. dolních končetin), embolie (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, zauzlení střev (ileus), infekce v operačním poli, jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Stejně tak je málo častý pooperační zánět močového měchýře.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, nervů, cév v pánvi, naprosto výjimečně pak tlustého střeva. Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu nebo k následnému operačnímu výkonu. Další možné



Pacient/ka:

Rodné číslo:

málo časté komplikace jsou pístěle (komunikace, propojení) např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon ke korekci stavu.

Možné následky výkonu

Závěs močové trubice pomocí pásky může způsobit poruchu močení ve smyslu nedokonalého vyprázdnění močového měchýře.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

.....
Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěddek:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

.....
Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěddek:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)