

PODÁNÍ BOTULOTOXINU DO STĚNY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

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:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní,

na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena aplikace botulotoxinu do stěny močového měchýře. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Důvod provedení výkonu

Výsledky provedených vyšetření ukazují na poruchu roztažnosti močového měchýře při jeho plnění či jeho nadměrnou aktivitu. To se projevuje častým močením, močením v noci a náhlými stavy nucení na močení, které jsou někdy provázeny nechtěným únikem moči. Vzhledem k selhání, nemožnosti užití, či předpokladu selhání jiných metod léčby Vašeho onemocnění doporučujeme úpravu malým operačním výkonem.

Příprava k výkonu

Před výkonem je nutné zajistit vyšetření moče na bakteriologické vyšetření (tzv. kultivace z moče) a toto vyšetření musí být negativní. V případě pozitivního bakteriologického nálezu musí být infekce nejprve řádně přeléčena antibiotiky. Jako prevence krvácení po výkonu je nutné vysazení protisrážlivých léků (lidově: léků na ředění krve), a to 5 - 7 dní před výkonem. Pro tento výkon není zpravidla žádná anestezie nutná, výjimečně ji provádíme v místním znecitlivění. Žádná předoperační vyšetření nejsou nutná a výkon nemusí být proveden nalačno. Před výkonem Vám bude jednorázově podáno antibiotikum a analgetikum.

Postup při výkonu

Po dezinfekci genitálu, místním znecitlivění a lubrikaci ústí močové trubice Vám zavedeme cystoskop (přístroj umožňující vyšetření a drobné výkony v močovém měchýři pod kontrolou zraku) do močového měchýře. Poté Vám močový měchýř naplníme sterilní tekutinou, aby se stěny močového měchýře dobře rozvinuly a byly přístupny vyšetření. V této fázi můžete mít slabý pocit nucení na močení. Močový měchýř důkladně prohlédneme k vyloučení jeho onemocnění, která by mohla způsobovat Vaše potíže. Následně pomocí malé ohebné jehly zavedené skrz cystoskop podáme Botulotoxin do stěny močového měchýře pomocí několika rovnoměrně rozmístěných vpichů. Při aplikaci ucítíte slabé píchnutí, které není příliš bolestivé. Výkon je skutečně velmi dobře snášen. Po výkonu je vypuštěna náplň močového měchýře. Po aplikaci je nutný pobyt na lůžkovém oddělení do následujícího dne. Celý výkon trvá kolem 20 minut.

Možnosti léčby / řešení zdravotního problému

Alternativou plánovaného výkonu je konzervativní (neoperační) postup: cvičení svalů pánevního dna, léky, elektrostimulace tibiálního nervu, či používání inkontinenčních pomůcek.

Rizika a možné komplikace výkonu

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Po výkonu můžete pozorovat několik hodin krev v moči. Tento nález je běžný a krvácení postupně ustane. Také můžete pociťovat pálení v oblasti močové trubice, výjimečně se může objevit močová infekce. V případě jakýchkoliv potíží informujte ošetřujícího lékaře, který zařídí další opatření.



Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu většinou není větších omezení. Několik dní po výkonu byste měla mít dostatečný přísun tekutin jako prevenci infekce močových cest. Efekt podání Botulotoxinu lze pozorovat až po 5-7 dnech po výkonu. Bezprostředně po výkonu lze naopak očekávat potíže spojené s pálením v močové trubici a přechodné nucení na močení vyžadující častější návštěvu WC v den popisovaného výkonu.

Možné následky výkonu

V některých případech (do 3% žen) může podání Botulotoxinu do močového měchýře způsobit dočasnou poruchu močení ve smyslu nedokonalého vyprázdnění močového měchýře. V krajním případě až nemožnost se samovolně vymočit. Tyto potíže jsou vždy přechodného charakteru a je možné je překonat samocévkováním, či přechodným zavedením permanentní cévky. Ve velmi vzácných případech může dojít k celkové reakci v podobě alergické reakce, erythema multiforme (těžká forma vyrážky) a všeobecné slabosti. Efekt léčby lze očekávat mezi 6 – 10 měsíci, někdy i déle. Po vymizení efektu (stejně jako po vysazení léků), lze předpokládat návrat do předchozího stavu. Proto některé ženy podstupují tuto léčbu opakovaně.

Dovoluujeme 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)

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

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

Byla jsem seznámena 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.

Byla jsem seznámena s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byla jsem poučena o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířela jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji 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 mé osoby 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 byla poučena o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru 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 mého.

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

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM 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.

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

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

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce

Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

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

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)