

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

# Cystoskopie u ženy - ambulantní výkon

### **Vážená paní,**

Při vyšetření v urologické ambulanci nebo při konziliárním vyšetření na odděleních v Chrudimské nemocnici, vzhledem k Vašemu onemocnění, Vám byl doporučen endoskopický výkon – cystoskopie. Provádí se při podezření na onemocnění močového měchýře - při krvácení do moč. cest, opakované záněty močového měchýře, kontrolní cystoskopie při chronickém onemocnění močového měchýře atd.

Před operačním výkonem budete ošetřujícím lékařem/operátorem informováni o tom, proč se výkon bude provádět, o způsobu provedení, možných komplikacích a následcích. Tento materiál by Vám měl podat základní informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o ambulantním výkonu a dále by měl být návodem k případným dotazům na ošetřujícího lékaře/operátora.

### **Anatomie**

Cystoskopie je endoskopický výkon, který slouží k diagnostice a léčbě onemocnění močového měchýře. Močový měchýř je dutý orgán, který je umístěn nad sponou stydkou. Je vlastně pokračováním močového ústrojí a slouží jako rezervoár moče. Dalším pokračováním močových cest je močová trubice.

### **Popis výkonu**

Vyšetření se provádí v gynekologické poloze na endoskopickém sále - I.patro operačního traktu Chrudimské nemocnice.

Je provedeno v místním znecitlivění mesocain gelem. Cystoskop se zavádí močovou trubicí do močového měchýře. Aby se rozvinul močový měchýř, musí se naplnit sterilní tekutinou. Následně lékař pod optickou kontrolou hodnotí stav vnitřní části močového měchýře, sliznice. Obvykle se jedná pouze o prohlídku. Pokud je indikován výkon v močovém měchýři /odběr vzorku sliznice na histologické vyšetření, sondáž močovodu, popálení drobného patologického ložiska nebo jiný výkon/ pacient je o tomto zákroku informován a vyžadujeme ústní souhlas pacienta. Výkon obvykle trvá do 5 minut. Pacient může na přání sledovat celý výkon na monitoru.

Po výkonu pacient odchází domů.

### **Komplikace**

Nemožnost zavedení cystoskopu pro zúžení močové trubice - pacienta je nutno objednat na výkon v celkové anestézii a řešení tohoto stavu.

Krvácení ze sliznice močového měchýře a močové trubice, obvykle minimální a nevyžaduje mimořádná opatření, pouze zvětšení příjmu tekutin eventuální nasazení antibiotik a léku proti krvácení (většinou u pacientů, kteří užívají léky na ředění krve).

Po výkonu může dojít ke vzniku zánětu v močových cestách obvykle jen v močovém měchýři. Řeší se zvýšeným příjmem tekutin, antibiotiky.

Ostatní komplikace, jako je poranění stěny močového měchýře jsou vzácné.

### **Vážená paní/pane,**

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora/anesteziologa) na všechno, co Vás ve vztahu k ambulantnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby váš výkon proběhl bez komplikací.

### **PROSÍME, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!**

Přejeme Vám, ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacient/ka: ..... RČ: ..... Oddělení: .....

Bytem: .....

Zákonný zástupce/opatrovník: ..... RČ: .....

Bytem: .....

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře **výslovně souhlasím** a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem **výslovně souhlasím**. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byl/a jsem rovněž podrobně poučen/a o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbanálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědom/a toho, že provedení doporučeného výkonu mohu podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědom/a, že zamlčení jakýchkoliv údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebýt informován/a o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučen/a, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilý/á podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

Podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka\*: .....

Já, níže podepsaný(á), MUDr. ...., potvrzuji, že pacient(ka)/zákonný zástupce/opatrovník \* byl(a) podrobně seznámen(a) se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byl(a) informován(a) o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne: ..... v .....hod.      Podpis lékaře: .....

Jmenovka a podpis svědka: .....

\* nehodící se škrtněte