

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Obřízka

Obřízka je drobný operační zákrok na předkožce.

Provádí se tam, kde vznikají potíže s přetahováním předkožky přes žalud, obvykle v důsledku vazivového prstence v kůži předkožky. Trvalá nemožnost přetáhnout předkožku znesnadňuje provádění hygieny, může způsobovat praskání kůže při erekci, nebo postupně vést až k zástavě močení. Při dlouhodobém dráždění, způsobeném špatnou hygienou, může dojít i ke vzniku nádoru.

Zákrok se provádí v celkové narkóze nebo ambulantně při místním znecitlivění celého údu. Znecitlivění se pak provádí při kožení penisu.

Při operaci se odstraní ta část kůže předkožky, která je vazivově nebo zánětlivě změněná. Ošetří se krvácení z cév a okraje zdravé kůže se sešijí vstřebatelnými stehy.

Zákrok trvá obvykle asi 30 minut a neměl by bolet.

Stehy postupně vypadnou samy. V pooperačním období se provádí se na penis dávají studené obklady, ledové framykoinové obklady. Penis se oplachuje ve vlažném heřmánku. Ostatní místní léčba se provádí dle stavu rány a okolí.

Hojení může být provázeno otokem, který se postupně vstřebává. Ten nechápeme jako komplikaci, neboť je spíše důsledkem zánětlivých změn na kůži předkožky.

Komplikace nejsou časté, může dojít při uvolnění stehu k částečnému otevření rány, krvácení nebo rozvoji zánětu v podkoží.

Všechny komplikace jsou snadno zvládnutelné přizpůsobením péče. Výjimečně je nutno podat antibiotika.

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: vhod. Podpis lékaře:

Jmenovka a podpis svědka:

* nehodící se škrtněte