

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

**CYSTOLITOTRIPISE – rozbití kamene v močovém měchýři**

**Vážená paní, Vážený pane,**

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována CYSTOLITOTRIPISE. Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

• **Co je cystolitotripse a proč se provádí:**

Je to výkon, kdy Vám lékař do močového měchýře, přes močovou trubici, zavede přístroj, který dokáže za kontroly zraku mechanicky rozdrtit kámen, který lze po menších částech vytáhnout nebo vypláchnout.

• **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Odstranění kamene, který způsobuje obtíže, jako hematurii (moč zbarvená krví), infekci apod. Také zrakem přehlédnout stav močového měchýře.

Alternativním postupem je odstranění kamene operativní cestou přes stěnu břišní.

• **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Před vyšetřením vysadte léky antiagregancia (např. Anopyrin, Aspirin, Acylpyrin, Godasal, Tagren, Plavix, Ticlid, apod.). Pokud užíváte antikoagulancia (Warfarin, Orfarin, Lawarin, apod.), upozorněte na tuto skutečnost ošetřujícího lékaře a dohodněte se na dalším postupu. U žen je nutné oholení genitálu.

Další příprava souvisí s anestezií, 6 hodin lačnění a vyprázdnění střeva.

• **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Po usnutí, Vám bude zaveden optický přístroj a kámen rozbit. Následuje výplach a odsátí drtě. Je zaveden močový katétr.

• **Jaké jsou možné komplikace:**

- krvácení,
- zánět močového měchýře a močových cest s teplotami,
- zúžení močové trubice s následným sledováním,
- časté nucení na močení (lze ovlivnit léky).

K těmto komplikacím přistupujeme s preventivními opatřeními a při výskytu se dají řešit!

• **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Po výkonu je vhodné dodržování klidového režimu po dobu 24 hodin. Zvýšený příjem tekutin. Katétr se ponechává do 2. dne, nejsou-li komplikace.

Pokud budou potíže přetrvávat déle než 24 hodin, objeví se teploty nebo jiné komplikace, vyhledejte svého ošetřujícího urologa!!

**razítko a podpis indikujícího lékaře**

**Prohlašuji**, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

**Identifikační údaje pacienta:**

**V Krnově dne:**

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis:

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis: