

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

FRENULOPLASTIKA

Vážený pane,

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

• **Co je frenuloplastika a jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Vzhledem k diagnóze krátké frenulum, tedy zkrácení uzdičky penisu, jste byl indikován k operačnímu řešení, tzv. frenuloplastice. Tato operace se provádí z estetických a funkčních důvodů, nebo pro nemožnost přetažení či obtížné přetahování předkožky.

Adekvátní alternativa léčby neexistuje.

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

Pokud užíváte antiagregantia (tzn. Anopyrin, Godasal, Tagren, Ticlid, Plavix, atd.), měl byste je dle typu léku vysadit 7-10 dní před výkonem, pokud nebude Vaším lékařem stanoveno jinak. V případě, že berete antikoagulační léčbu (tzn. Warfarin, Orfarin, Lawarin, atd.), musí být tyto léky několik dní před operací vysazeny a nahrazeny injekční formou léčby.

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

Operace se provádí v lokální nebo celkové anestezii a trvá asi 20 minut. Spočívá v naříznutí části uzdičky a jejím následném sešití.

• **Jaké jsou možné komplikace:**

Jako každý operační výkon má i tento své komplikace:

- krvácení,
- infekční komplikace (infekce rány, teploty),
- zúžení zevního ústí močové trubice.

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

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

V případě zákroku v lokální anestezii nemusíte být hospitalizován, po celkové anestezii, budete hospitalizován asi 1-2 dny. První den je vhodný klidový režim na lůžku. Po odstranění krycího obvazu, koupele penisu v heřmánku. Pohlavní abstinence do zhojení rány.


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 jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl. 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: