

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PLÁNOVANÝM VÝKONEM APLIKACE GELU BULKAMID (BULKING AGENT) K LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Léčebný

Vážená paní,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **APLIKACI GELU BULKAMID (BULKIN AGENT) K LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Gel Bulkamid se zavádí pod sliznici močové trubice a slouží jako alternativní léčba stresové inkontinence moči (únik moči při kašli, smíchu nebo fyzické aktivitě). Výkon spočívá v zúžení průsvitu močové trubice a díky tomu vede k omezení úniku moči.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Účelem a předpokládaným prospěchem tohoto zdravotního výkonu je zabránění nebo zmírnění příznaků spojených s ženskou stresovou močovou inkontinencí.

Průběh výkonu:

V krátké celkové nebo lokální anestezii je zavedena tenká optika do močové trubice, kdy se pod optickou kontrolou zavede pod sliznici močové trubice látka Bulkamid (gel obsahující polyakrylamid). Tento gel je nevstřebatelný a způsobí tak uzávěr močové trubice, který pomáhá udržet moč při stresových situacích (kašel, smích, běh, poskoky, zvedání břemen apod.) Účinnost gelu je cca 2 roky. V případě potřeby jej lze aplikovat opětovně.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Zárok díky moderním postupům přináší obecně nízké riziko závažných komplikací. I přes veškerá opatření ale může dojít k jejich vzniku. Všem komplikacím nejde ani přes pečlivou operační techniku zabránit (různé anatomické dispozice a změny předchozími a současnými nemocemi, rozdíly ve zdraví atd.). Komplikace mohou vést ke změně rozsahu a výsledku výkonu, úpravě pooperačního režimu (včetně možnosti reoperace) a trvalým následkům, v krajním případě zcela raritně ke smrti. Komplikace se mohou projevit jak během zákroku, tak v pooperačním období. Tento text nemůže zcela obsáhnout všechny možné komplikace a jejich důsledky (srovnejte s rozsahem odborných publikací v oboru gynekologie, chirurgie, vnitřního lékařství, anesteziologie a resuscitační medicíny) – jsou uvedeny ty nejčastější.

Mezi možné komplikace patří infekce močových cest, poruchy vyprazdňování, krvácení během operace nebo po operaci, tvorba krevních sraženin v operačním poli (hematom), tvorba krevních sraženin v žilách (trombóza), uzavření cév krevní sraženinou (embolie), zauzlení střev (ileus), reakce na šicí materiál (granulace), nadměrně vytvořená nevzhledná bolestivá jizva (keloid) nebo infekce v operačním poli s možným rozpadem operační rány. Vzácně se mohou objevit píštěle, například mezi močovým měchýřem a pochvou, které by vyžadovaly další operaci. Může dojít k provalení materiálu mimo původní místo s rizikem nekrózy (odumření) měkkých tkání kolem močové trubice. Může také dojít k neúmyslnému poškození okolních orgánů, jako je močový měchýř, močovod nebo střeva. Porucha močení ve smyslu nedokonalého vyprazdňování močového měchýře. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny před operací lékařem anesteziologem.

Alternativy výkonu:

Alternativy k operaci zahrnují konzervativní metody jako jsou cvičení pánevního dna, podpůrné pomůcky (např. pesar) nebo hormonální léčba. Tyto možnosti však často neposkytují trvalé řešení a mohou být méně účinné než chirurgický zákrok. U některých žen je možné zvážit i jiné typy operací.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po operaci je důležité dodržovat klidový režim po dobu několika dnů, aby se zajistilo správné hojení. Během této doby je nutné vyhnout se fyzické námaze, zvedání těžkých předmětů a pohlavnímu styku. Pracovní neschopnost závisí na typu práce a průběhu hojení a obvykle trvá několik dní až týdnů. Návrat k běžným aktivitám by měl být postupný s ohledem na Váš zdravotní stav a doporučení lékaře. Po celkové anestezii není možné 24 hodin řídit vozidlo, obsluhovat stroje, pracovat ve výškách.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po operaci může dojít k poruše vyprazdňování moči – po přechodnou dobu bude zavedena cévka do močového měchýře, následně bude sledována obnova správné funkce močového měchýře a močení. Hospitalizace trvá několik dní v závislosti na průběhu hojení a pooperačním stavu. Gynekologickou kontrolu Vám sdělí lékař při propuštění. Několik týdnů po operaci je nutný přiměřený klidový režim a zvýšený hygienický režim, vynechání pohlavního styku a fyzické námahy (zejména zvedání břemen). Smyslem omezení je umožnění správného hojení a prevence komplikací. Opatření se mohou mírně lišit v závislosti na Vašem aktuálním zdravotním stavu. Pro podporu výsledku operace je po zhojení vhodné dlouhodobé cvičení pánevního dna. Při potížích je potřeba neprodleně vyhledat lékařskou pomoc.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: