

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Cystoskopie

#### **Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována diagnostická cystoskopie.

#### **Co je diagnostická cystoskopie:**

Je to výkon, kdy Vám lékař do močového měchýře, přes močovou trubici, zavede cystoskop (kovový nástroj s optikou).

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

Toto vyšetření umožní prohlédnutí sliznice močového měchýře a zhodnocení možné patologie.

Alternativní postup, který by plně nahradil cystoskopické vyšetření neexistuje.

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

U žen a některých mužů lze provést tento zákrok ambulantně ve slizniční anestezii (není nutné předoperační vyšetření). U většiny mužů provádíme vyšetření v celkové nebo svodné anestezii za hospitalizace.

K hospitalizaci budete potřebovat předoperační vyšetření provedené praktickým lékařem nebo internistou, se zhodnocením Vašeho zdravotního stavu ve vztahu k plánované operaci.

V případě hospitalizace až v den výkonu se prosím dostavte včas, s předoperačním vyšetřením a nalačno! Před vyšetřením vysadte Anopyrin. Pokud užíváte Warfarin, upozorněte na tuto skutečnost ošetřujícího lékaře a dohodněte se na dalším postupu.

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

Diagnostická cystoskopie spočívá v zavedení cystoskopu a naplnění močového měchýře sterilní tekutinou. Pokud vyšetřující lékař zjistí patologii (odchylku od normálního nálezu), pak dle vlastního úsudku rozhodne o dalším optimálním postupu nejčastěji biopsii (odběru vzorku tkáně na studeno) k histologickému (mikroskopickému) vyšetření. Pokud nesouhlasíte s odběrem tkáně upozorněte na tuto skutečnost ošetřujícího lékaře. V tomto případě však nebude možno pokračovat v další diagnostice a léčbě.

#### **Jaké jsou možné komplikace:**

- krvácení,
- pooperační druhotné krvácení z prostaty,
- 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.

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

**V případě nejasností se obraťte s dalšími otázkami na lékaře.**

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>Cystoskopie</b>
--------------------

**Vysvětlující pohovor provedl:**

--

identifikace a podpis 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.**

**Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.**

**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.**

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka