

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Změna pohlaví operačními zákroky

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 Vaší žádosti a aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem doporučena změna pohlaví operačními zákroky.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Změna pohlaví se provádí na základě žádosti pacienta při stanovení diagnózy transsexualismu.

Alternativy výkonu:

Změna pohlaví operačními zákroky nemá alternativní postup. Pokud se z jakýchkoli důvodů rozhodnete změnu pohlaví nepodstoupit, jsou Vám po konzultaci s lékařem dostupné formy léčby zaměřené na zvládnání případných psychických potíží spojených s poruchou pohlavní identity.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Operace a změnu pohlaví nelze provést, pokud jste oddán, oddána a není dokončen rozvod. Informovaný souhlas s příslušnou operací podepíše pacient na pracovišti provádějícím operační zákrok.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Léčba poruchy sexuální identity (transsexualismu), která byla u Vás diagnostikována a pro kterou se léčíte, dospěla do operační fáze. V následujícím období budou u Vás provedeny operace vedoucí ke změně pohlaví. V této fázi léčby, pokud jde o změnu z ženského pohlaví v mužské, Vám budou operací odstraněny prsní žlázy a budou Vám odstraněny ženské vnitřní pohlavní orgány: vaječníky, vejcovody, děloha a podle rozhodnutí gynekologa provádějící operaci také pochva. Pokud se jedná o změnu z mužského pohlaví v ženské, bude Vám odstraněn penis a varlata. Změny způsobené operacemi jsou trvalého charakteru a vlivem odstranění pohlavního ústrojí ztratíte schopnost mít vlastní biologické potomky. Náhrada ženského nebo mužského genitálu, která může být v další fázi léčby vytvořena, není funkční ve smyslu reprodukčních funkcí a u mužů nebude dosaženo schopnosti erekce a ejakulace. Po odstranění pohlavních žláz – vaječnicků nebo varlat, Vám budou po celý další život podávány pohlavní hormony. Provedení uvedených operací je nutné pro změnu pohlaví v matrice.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Operace jsou prováděny v celkovém znecitlivění. Po provedení operace může dojít k zánětlivým komplikacím operačních ran. Po vytvoření vyústění močové trubice na náhradním penisu může dojít k prosakování moči píštělí. Tyto komplikace si mohou vyžádat další menší, výjimečně větší operační zákroky. V místech na Vašem těle, kde došlo k odběru tkání pro vytvoření náhradního pohlavního ústrojí (týká se mužského pohlavního ústrojí), zůstanou trvalé jizvy. Jizvy po odstranění prsů budou po operaci na Vašem těle patrné. Léčbu pohlavními hormony nelze po operačním odstranění pohlavních žláz přerušit. Při přerušení hormonální léčby by došlo ke komplikacím Vašeho zdravotního stavu, hlavně rozvoji osteoporózy a předčasnému výskytu arteriosklerózy tepen.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Hormony Vám po celý další život bude předepisovat Váš ošetřující lékař – sexuolog nebo gynekolog. Bude Vám umožněno užívat hormonální preparát s plnou úhradou pojišťovny, pokud o takový budete mít zájem. Budete trvale v péči Vámi zvoleného sexuologa.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Změna pohlaví operačními zákroky

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