



Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb – mikrochirurgická operace varikokély

Identifikace pacienta:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo (je-li přiděleno) nebo číslo pojištění:

Kód zdravotní pojišťovny:

Adresa trvalého bydliště:*

Číslo občanského průkazu / jiného průkazu totožnosti:

* pro cizince místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)

Mikrochirurgická operace varikokély: vpravo X vlevo

1. Informace o povaze onemocnění

Varikokéla je zbytnění žilní pleteně semenného provazce, nejčastěji levého varlete. Tyto žilní městky vedou ke zpomalení odtoku žilní krve z oblasti varlete. Tím jej zahřívají a z varlete jsou hůře odváděny škodlivé metabolity a zhoršuje se jeho okysličení. To u části pacientů vede ke zhoršení kvality spermatu a také ke snížení produkce mužských sexuálních hormonů. U některých pacientů městnající krev vyvolává bolesti třísla a varlete tlakového charakteru.

2. Účel, povaha a předpokládaný prospěch navrhovaného výkonu

Účelem varikokélektomie je zabránit zpětnému plnění varixů semenného provazce krví a z toho plynoucímu poškození varlete a bolestem a zlepšení kvality spermií. Úspěšnost zákroku závisí na stupni poškození varlete a jeho regeneračních schopnostech.

Výkon se provádí v celkové anestezii z krátkého řezu v tříslu. Po otevření třísla operátor vysune semenný provazec a otevře jeho obaly. Poté pod kontrolou mikrochirurgické optiky od sebe oddělí jednotlivé cévy a chámovod. Varixy podváže a přeruší, přívodnou tepnu, chámovod a lymfatické cévy ponechá. Krev z varlete odtéká kolaterálním řečištěm, u kterého je malé riziko vzniku dalších varixů. Po operaci se teplota varlete sníží alepší se okysličení. Semenný provazec a tříslu se zašije. Samotné rozšířené cévy někdy hmatné kolem varlete mohou být na pohmat měkké, ale nezmizí a to ani není účelem výkonu.

3. Rizika výkonu

Název dokumentu: Mikrochirurgická operace varikokély	Platné od: 2.2.2018	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE I.V.F. a.s. – S 3, Andrologie, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: MUDr. Lukáš Bittner	Stránka 1 z 3

Každý lékařský zákrok je spojen s riziky. Jednak jsou zde rizika spojená s celkovou anestezií, se kterými budete seznámen v rámci samostatného informovaného souhlasu a při pohovoru s anesteziologem a za druhé se mohou vzniknout komplikace při samotném lékařském zákroku nebo po něm. I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (postup lege artis) se mohou vyskytnout rizika a komplikace jako zejména:

- přechodný pooperační otok a modřina operační rány
- bolest v operační ráně
- možnost infekce v ráně
- možnost zánětu nadvarlete
- vznik hydrokély- nahromadění tekutiny v obalech varlete
- zmenšení varlete a funkční nedostatečnost v důsledku jeho špatného prokrvení
- výkon nezaručuje zlepšení spermioqramu ve 100% případů

4. Alternativy výkonu

- Laparoskopická varikokélektomie - přerušení žil probíhá laparoskopicky ve větší vzdálenosti od varlete, tím je vyšší pravděpodobnost, že nebudou laparoskopickou operací nebudou vyřešeny všechny kmeny žilní pleteně varlete. Laparoskopická varianta přináší více chirurgických rizik, vzhledem k otevření dutiny břišní.
- Embolizace varikokély (ucpání cév pomocí katétrů) - výkon řeší pouze hlavní kmen žilní pleteně a při porovnání a mikrochirurgickou variantou přináší menší úspěšnost zákroku a více recidiv.

5. Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení výkonu, údaje o změnách zdravotní způsobilosti

Pacient je výkonu zpravidla propuštěn do domácího léčení po 5 hodinách. V případě komplikací může být hospitalizován do druhého dne. Po dobu zhruba 2 týdnů je doporučeno nezvedat těžší břemena, nevykonávat výraznější fyzickou námahu (např. sport, posilovna, práce na zahradě, jízda na kole). Délka pracovní neschopnosti závisí především na fyzické náročnosti zaměstnání pacienta. Do vypadnutí stehů a úplného zahojení rány je doporučeno pouze se sprchovat, není doporučeno se koupat v bazénech nebo koupalištích.

6. Léčebný režim, preventivní opatření

Za 10-14 dnů od operace kontrola šourku ultrazvukem, kontrola spermioqramu podle dohody s lékařem, omezení námahy je uvedeno v předchozím odstavci.

7. Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl ošetřujícím lékařem úplně a v dostatečném předstihu informován o mém zdravotním stavu, o důvodech vedoucích k plánovanému výkonu a léčbě.

S navrženým výkonem a léčbou (včetně případné hospitalizace) souhlasím. Lékař mne podrobně a srozumitelně seznámil s postupem léčby, povahou navrhovaného výkonu, jeho výhodami a úspěšností.

Dále prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně poučen o trvalých následcích a možných rizicích výkonu, o jeho alternativách, včetně rizik a důsledků, ale i o jiných závažných okolnostech s léčbou souvisejících a že se mohu svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Lékař mne též informoval o možných omezeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení výkonu. Byl mi poskytnut dostatečný čas k tomu prostudovat si písemnou část poučení. Měl jsem možnost se lékaře zeptat na vše, čemu jsem nerozuměl.

Dále prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny skutečnosti významné pro posouzení mého zdravotního stavu a pro volbu optimálního léčebného režimu (zejména zdravotní údaje). Akceptuji upozornění, že v případě nepravdivosti tohoto prohlášení nejsou poskytovatel zdravotních služeb ani ošetřující lékař odpovědní za tím způsobené následky.

Byl jsem informován a poučen, že během výkonu může dojít k situaci, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění (např. k ochraně mého zdraví). V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech nezbytných postupů a výkonů dle jeho uvážení. Souhlasím i s provedením otevřené operace v případě potřeby.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s platným ceníkem služeb poskytovatele zdravotních služeb a zavazuji se v něm uvedené a mě vyúčtované částky řádně a včas uhradit za předpokladu, že nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Název dokumentu: Mikrochirurgická operace varikokély	Platné od: 2.2.2018	Typ dokumentu: Informovaný souhlas
ISCARE I.V.F. a.s. – S 3, Andrologie, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: MUDr. Lukáš Bittner	Stránka 2 z 3

Případné doplňující otázky pacienta:

V Praze dne:

Podpis pacienta:

Identifikaci pacienta při podpisu ve zdravotnickém zařízení provedl (jméno, příjmení a podpis zdravot. pracovníka):

Prohlášení lékaře:

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil/a pacienta jak je výše uvedeno, zejména jsem jasně a srozumitelně vysvětlil/a obsah tohoto poučení, zejména jsem jej seznámil/a s povahou zákroku, jeho riziky a komplikacemi.

Pacient byl nad rámec výše uvedeného poučen i o rizicích a možných komplikacích zákroku s ohledem na jeho zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměl a měl možnost klást lékaři poskytujícímu poučení dotazy, které mu byly srozumitelně zodpovězeny.

V Praze dne:

Jméno, příjmení a podpis lékaře: