

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S CIRKUMCIZÍ
(OBŘÍZKOU)**

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice:

Cirkumcize- úplná obřízka, odstranění celé předkožky

Cíl a důvod léčby:

Úplné odstranění předkožky ze zdravotních důvodů při zajizvení či nekróze předkožky k uvolnění žaludu penisu (po zánětu, parafimóze,...).

Alternativy k výkonu:

Nejsou.

Příprava před výkonem:

Hospitalizace, vylučnění před výkonem, premedikace, osobní hygiena.

Postup při výkonu:

V celkové anestézii operační odstranění celé předkožky až ke koruně žaludu, sešití okrajů po odstraněných listech předkožky vstřebatelnými stehy po celém obvodu penisu, bandáž.

Péče následná/ případná omezení:

Důkladná hygiena, klidový režim, oplachy odvarem heřmánku (odvarem řepíku, borovou vodou) až do vyloučení stehů (tyto lze po týdnu lehce vymývat např. žínkou). Po dohojení pak promašťování jizvy.

Možné časté komplikace a následující rizika:

Zvýšená citlivost, otok, zánět.

Jméno lékaře: Podpis lékaře:

Datum:

Pacient / Zákonný zástupce:

1. Přečtěte si pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně nepochopili vysvětlení od lékaře, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Podpisem souhlasíte s textem prohlášení.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano

ne

Datum:**Podpis pacienta:****Jméno a podpis zákonného zástupce (1):****Jméno a podpis zákonného zástupce (2):****Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

.....

Pokud souhlas nelze pacientem podepsat, vyplňte dle situace variantu a) nebo b):**a) Jméno svědka (zdravotnický pracovník):****Datum:****Podpis:****b) Jméno svědka:****Rodné číslo:****Adresa bydliště:****Číslo OP:****Datum:**