

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERAČNÍM  
PŘERUŠENÍM UZDIČKY PŘEDKOŽKY**

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

**Definice:**

Frenulotomie - operační protěť uzdičky předkožky

**Cíl a důvod léčby:**

Přerušeni krátké uzdičky předkožky, způsobuje-li deformaci zevního ústí močové trubice a/nebo penisu a nedovoluje ji dostatečnou disoluci (přetažení) předkožky.

**Alternativy k výkonu:**

Ponechat bez provedení zákroku s rizikem spontánního přetržení a následného krvácení.

**Příprava před výkonem:**

Hospitalizace, vylučnění před výkonem, premedikace, osobní hygiena.

**Postup při výkonu:**

V celkové anestézii po úplném tupém uvolnění předkožky následuje operační přerušeni protěť uzdičky buď pomocí elektrického řezu, nebo ostře po podvázání konců vstřebatelným materiálem, ošetření event. krvácení okrajů uzdičky, někdy bandáž penisu.

**Péče následná/ případná omezení:**

V den výkonu večer 1x úplně přetáhnout předkožku, přelit slabým roztokem heřmánku nebo odvaru řepíku (či borovou vodou), stáhnout předkožku zpět přes žalud. Od dalšího dne tato procedura 5x denně po dobu 3 dnů, poté možno snížit na frekvenci 2x-3x denně po dobu 5 dnů. Poté již běžná hygiena.

**Možné časté komplikace a následující rizika:**

Otok předkožky, odloučení ligatury, krvácení z pahýlu uzdičky.

Jméno lékaře: ..... Podpis lékaře: .....

Datum: .....

**Pacient / Zákonný zástupce:**

1. Přečtěte si pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně neporozuměli 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:** .....