

Úvod



DĚTSKÁ
CHIRURGIE
PRAHA

Vážení rodiče,

Pokud bude Vaše dítě objednáno k operaci, potřebuje k příjmu několik vyplněných dotazníků.

Předoperační dotazník a dotazník s anamnézou vyplňte spolu s kontrolou u Vašeho dětského lékaře v týdnu před termínem operace a přivezte jej k přijetí.

Dále přivezte na příjem podepsaný souhlas s plánovanou operací a souhlasy s anestézií, pročtete si je, podepište, ev. dotazy vysvětlíme při přijetí.

Příjem na operaci je buď v 8.00 hod ráno, nebo v 12.30, dle operačního programu.

Pokud je příjem v 8.00 ráno

Poslední jídlo večer. Poslední pití (čaj/voda/šťáva) ráno v 6:00.

Pokud je příjem v 12.30 hod.

Poslední jídlo lehká snídaně v 6 hod. Poslední pití (čaj/voda/šťáva) ráno v 9:00.

Výše uvedené omezení jídla a pití je zcela nutné pro operaci v celkové anestézii.

Příjem na operaci je na klinice Malvazinky, adresa U Malvazinky 5, Praha 5, 150 00, po vstupu do budovy na konci chodby vlevo – operační sál.

Pokud např. z důvodu nemoci budete chtít termín zrušit, prosíme napište co nejdříve.



OPERACE NESESTOUPLÉHO VARLETE (RETENCE VARLETE) U DĚTÍ

Vážená paní, Vážený pane, Vážení rodiče,

protože se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Dovolte nám, abychom Vás touto cestou plně informovali o důvodu, způsobu provedení a případných možných komplikacích tohoto výkonu. V případě nejasností Vám lékař zodpoví všechny Vaše dotazy.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

Na základě aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte – nesestoupení varlete (retence varlete), byl lékařem indikován operační zákrok – operace nesestouplého varlete. Retencí varlete rozumějte stav, kdy je varle zadrženo na některém místě svého sestupu z oblasti dutiny břišní.

Postup při provádění výkonu (povaha výkonu):

V celkové anestezii se provede řez v tříšle, ozřejmí se varle a semenný provazec. Varle se stáhne tříselním kanálem do šourku a z řezu na šourku se zajistí na místě několika stehy, zastaví se krvácení a vzniklá rána se sešije několika vstřebatelnými stehy.

Alternativa výkonu:

Tento zdravotní stav nemá alternativní způsob léčby. Neprovedením operace je spojeno s rizikem neplodnosti a rizikem vzniku zhoubného nádoru varlete v dospělém věku.

Možné komplikace a rizika:

Každý operační zákrok je spojen s rizikem komplikací:

komplikace obecné:

- alergie na léky nebo dezinfekční roztok s různými příznaky – vyrážka, nevolnost, možný i rozvoj dušnosti a poruchy činnosti srdce
- zvýšená teplota jako reakce organismu na operační výkon či jako známka zánětu
- zvracení v prvních 24 hodinách po operaci jako následek anestézie

komplikace místní – v oblasti operace

- krvácení - projeví se např. hematodem, sekrecí krve z operační rány, které si může vyžádat operační revizi
- poranění semenného provazce
- infekční komplikace přímo v oblasti operace, může si vynutit rozšíření léčby např. o antibiotika, nelze vyloučit i nutnost dalších operací
- omezení růstu varlete

Režim pacienta před výkonem:

Jak užít léky, které dlouhodobě Vaše dítě užívá, Vám sdělí ošetřující nebo praktický lékař.

Pokud není nemocný před plánovaným výkonem lačný, operační výkon se neprovede.

- je zapotřebí informovat lékaře o stavech, které by mohly mít za následek pooperační komplikace nebo neuspokojivý výsledek operace. Jsou to zejména poruchy srážlivosti krve, alergie, závažné interní akutně probíhající onemocnění – infekce, dlouhodobě užívané léky, komplikace po anestezii,

- operace se neprovádí při současném infektu horních nebo dolních cest dýchacích, obecně při jakémkoliv akutně probíhajícím onemocnění, vyjma případů, kdy přínos pro pacienta převažuje nad riziky operace; o eventuálních výjimkách Vás poučí indikující lékař.

Režim pacienta po provedení výkonu (důsledky zákroku):

Bezprostředně po operaci je pacient převezzen na pokoj dětského oddělení. Má zavedenou infuzi. Mohou se přechodně vyskytnout následky anestezie jako zvracení, bolesti hlavy, odezní 6-12 hodin po výkonu. Po celkové anestezii může dítě přijímat tekutiny až 4 hodiny po výkonu, lehkou stravu většinou týž den navečer. Při obtížích s močením může být nezbytné přechodné zavedení močové cévky. Pohybovat se může za několik hodin po operaci. Bolestivost operační rány je přirozeným jevem a dá se tlumit léky, měla by se den ode dne zmenšovat.

Předpokládaná doba hospitalizace je 3-4 hodiny. Další omezení v běžném způsobu života je dietní režim 1 den, klidový režim v domácím prostředí cca 1 týden. Omezení sportovní a fyzické zátěže je vhodná doba 4 týdnů.

OPERACE NESESTOUPLÉHO VARLETE (RETENCE VARLETE) U DĚTÍ



DĚTSKÁ
CHIRURGIE
PRAHA

Identifikační údaje pacienta:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Vztah k pacientovi:

Vysvětlující pohovor provedl (razítko a podpis lékaře):

1) Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně lékařem informován/a (poučen/a) o důvodu, předpokládaném úspěchu, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud plánovaný výkon osoba mnou zastupovaná nepodstoupí (odmítnu). Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržel/a vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.

2) Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života, budou tyto výkony provedeny.

3) Souhlasím, aby moje osobní údaje/osobní údaje osoby mnou zastupované a údaje ze zdravotní dokumentace týkající se mého zdravotního stavu/zdravotního stavu osoby mnou zastupované byly poskytnuty v případě poškození zdraví osoby mnou zastupované pojišťovně. Zúčastnění jsou povinni dodržovat příslušnou legislativu k ochraně osobních údajů.

4) Byl/a jsem seznámen/a s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup a/nebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem.

Přečetl/a jsem si formulář Poučení pacienta(ky)/zákonného zástupce před tímto výkonem.

S provedením výše plánovaného výkonu souhlasím a „Informovaný souhlas pacienta(tky)/zákonného zástupce s výkonem“ svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku vlastnoručně podepisuji.

V _____ dne _____

Podpis pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka