

## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a svéprávného pacienta

Informovaný souhlas s:	Aplikace vazoaktivní látky do topořivých těles penisu při léčbě a vyšetření potíží se ztopořením penisu		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

### Informující lékař:

Zdravotní výkon:	Aplikace vazoaktivní látky do topořivých těles penisu při léčbě a vyšetření potíží se ztopořením penisu
1)	Jedná se o aplikaci látek ovlivňujících cévy vedoucí do topořivých těles penisu v rámci léčby či vyšetření potíží se ztopořením penisu. V současné době se takřka výlučně používá alprostadil, synteticky připravený prostaglandin E1. Účinkem tohoto preparátu je rozšíření cév a zlepšení prokrvení.
2)	<p>Průběh: Aplikace prostaglandinu E1 do topořivých těles penisu vyvolá u mužů s funkčním cévním řečištěm během 5-15 minut erekci bez nutnosti sexuální stimulace. Erektce trvá podle použité dávky a citlivosti pacienta desítky minut až několik hodin. Cílem je dosáhnout trvání erekce po dobu 20-60 minut, maximální doba bezpečné erekce jsou 3 hodiny.</p> <p>Aplikace se provádí injekční jehlou a stříkačkou, za dodržení hygienických zásad, o kterých Vás poučí ošetřující lékař. Vždy je nutné dodržovat zásady bezpečné aplikace.</p> <p>První aplikaci provádí vždy lékař, ke zhodnocení účinku a nastavení terapeutické dávky. Druhou aplikaci provádí již pacient za dohledu lékaře.</p> <p>Vlastní intrakavernózní injekce se aplikuje do pravého nebo levého kavernózního tělesa penisu. Jakmile je jehla v kavernózním tělese, má být roztok injikován během 5-10 sekund, což je velmi jednoduše proveditelné v případě, že je jehla správně umístěna. Erektce nastane zhruba po 5-15 minutách po aplikaci účinné látky.</p> <p>Případný masivní žilní únik aplikované látky a následnou celkovou reakci lze v odůvodněných případech omezit tzv. „zaškrcením penisu“ při koření pružným prstencem.</p> <p>Lékař sám rozhodne o individuální dávce potřebné k dosažení erekce.</p>
3)	<p>Možná rizika či komplikace: Při nedodržení postupu či nesprávné aplikaci látky vzniká možnost a riziko infekce. Při přetrvávající erekci delší než 3 hodiny je nutno vyhledat ošetření na urologické ambulanci či urologickém oddělení nejbližší nemocnice. Aplikace této látky nijak neovlivňuje možnost infekce sexuálně přenosnými chorobami včetně HIV při nedodržení zásad bezpečného sexuálního styku. Dále se může objevit hematoma- modřina v místě vpichu či krvácení z místa vpichu, prodloužená erekce, priapismus- neodvolatelná erekce. Přibližně v 10% případech může být erekce bolestivá. Podle velikosti dávky a reaktivity pacienta může dojít k systémovému rozšíření cév s projevy zarudnutí, pocení, návalem horka, slabostí, zrychlením srdečního tepu, poklesem krevního tlaku až závratí. Nesprávný postup při aplikaci může vést k poranění močové trubice nervově-cévního svazku. Erektce se při nesprávné aplikaci nedostaví.</p> <p>Komplikací dlouhodobé injekční léčby vazoaktivními látkami může být vazivová degenerace topořivých těles, která může narušit až znemožnit vlastní erekci.</p>

4)	Kontraindikace provedení výkonu: Přecitlivělost na alprostadil nebo další složky přípravku, sklony k závažnějším krvácením, kardiopulmonální dekompenzace a další stavy, u kterých není sexuální aktivita vhodná, anatomické deformace penisu, Peyronieova choroba, náchylnost k priapismu-neodvolatelné erekci (např. při srpkovité anémii, leukémii), zavedený penilní implantát.
5)	Důležité upozornění: Tento lék je předepsán pro Vás, nedávejte ho prosím nikomu jinému.
6)	Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu.

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

---

#### **Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:**

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:  
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevils svůj souhlas tak, že:  
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:  
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: