

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

### Orchiektomie

Orchiektomií (orchiepididymektomií) rozumíme odstranění varlete s nadvarletem a jejich obaly. Výkon se provádí pro pokročilý zánětlivý nález postihující tyto orgány nebo v rámci hormonální terapie při pokročilém nádorovém onemocnění prostaty.

Operaci provádíme v celkové nebo spinální narkóze na operačním sále. Kožním řezem na šourku (v případě potřeby jej rozšiřujeme směrem k tříslu) pronikneme do vlastní šourkové dutiny, kde uvolníme varle s obaly, které často intimně lnou k podkoží. Pak operatér izoluje semenný provazec, který přeruší a dokonale ošetří, aby nedošlo ke krvácení z cév semenného provazce. Po vysušení rány a kontrole krvácení v některých případech vkládáme do šourku drén. Vlastní rána je pak uzavřena jednotlivými vstřebatelnými stehy. Drén odstraňujeme dle odvodu tekutin z dutiny šourku, zpravidla druhý den po operaci.

Výkon není příliš časově náročný (cca 15minut), za několikadenní hospitalizace (3 denní), pracovní neschopnost zpravidla trvá 1-2týdny.

Komplikací může být krvácení a vznik hematomu ve stěně či dutině skrota (šourku). Pokud je krvácení intenzivnější, je nutno ho řešit operační revizí. Stav se může zkomplikovat infekcí v ráně, mohou nastat i horečky.

Alternativou v případech kdy varlata odstraňujeme v rámci hormonální terapie je buď tzv. subkapsulární orchiektomie (odstranění pouze tkáně uvnitř varlete) či medikamentózní léčba.

### Souhlas nemocného s výkonem:

Prohlašuji, že jsem byl lékařem úplně a srozumitelně poučen o povaze svého onemocnění a plánovaném výkonu. Byl jsem poučen i o alternativách léčby a možných důsledcích v případě neprovedení tohoto výkonu. Během poučení jsem měl možnost klást lékaři doplňující otázky, a pokud tomu tak bylo, byly mi úplně a srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom všech rizik i komplikací spojených s tímto výkonem. Byl jsem poučen o tom, že mohu svůj souhlas s výkonem odvolat a také o tom, že odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života. Poučení jsem rozuměl a s výkonem souhlasím.

**Jméno a příjmení pacienta:**.....

**Rodné číslo pacienta:**.....

**V Jihlavě dne:** ..... **Podpis pacienta:**.....

**Podpis lékaře:**.....