

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Sterilizace provedením vazektomie

Vazektomie je pokládána za nejspolehlivější metodu mužské antikoncepce. Její podstatou je oboustranné přerušení chámovodů, a tím znemožnění transportu mužských pohlavních buněk, resp. spermíí. Principiálně je vazektomie pokládána za nevratný zákrok, avšak dle některých publikovaných prací je možné provést operaci k obnovení plodnosti. Z tohoto důvodu je nutné, abyste si po poučení lékařem o výkonu vzal minimálně 14 dní na rozmyšlení k definitivnímu rozhodnutí o podstoupení vazektomie.

Existuje rovněž riziko selhání vazektomie, tj. zachování plodnosti po výkonu, z důvodu spontánní rekanalizace / obnovení průchodnosti / chámovodu, v méně než 1 % případů. Rovněž spermie, které zůstaly za místem přerušení chámovodů, mohou být ještě po určitou dobu od výkonu aktivní. Proto je nutné k definitivnímu průkazu sterility provést vyšetření ejakulátu na přítomnost mužských pohlavních buněk s odstupem 3 měsíců. Během tohoto tříměsíčního období je doporučeno minimálně 20x ejakulovat. Do definitivního průkazu sterility, neplodnosti, je nutno používat jiné metody antikoncepce. Trvalou definitivní sterilitu však nelze 100 % zaručit pro velmi vzácnou možnost spontánního spojení přerušovaného chámovodu. Stejně jako při jiných způsobech sterilizace nelze tedy zcela vyloučit případné otěhotnění partnerky.

Výkon se provádí v lokální, či celkové anestezii z řezu na šourku pod penisem. Po izolaci chámovodů a jejich uvolnění do rány se chámovod přerušuje a podvazuje. Na závěr výkonu se kůže sešije několika stehy. V den operace se doporučuje klidový režim, dalších 7 dní, pak relativní klidový režim.

Jako každý operační zákrok má i tato operace své možné komplikace. Jedná se o krvácení, pooperační otok šourku, vznik hydrokély / nahromadění tekutiny mezi obaly varlete /, atrofie / zmenšení / varlete, neúspěšnost operace / obnovení průchodnosti hned po, či za delší dobu od operace, nebo pro velmi vzácnou vrozenou vývojovou vadu /, chronickou bolest v šourku, infekci v ráně, varleti, nadvarleti, či měkkých tkání v oblasti zevního genitálu. V jednotlivých případech se mohou vyskytnout i psychické změny, projevující se nejčastěji pocitem nedostatečnosti v důsledku neplodnosti a na základě toho i možným oslabením mužské potence.

Prohlašuji, že se vzdávám uplatňování nároků na odškodnění jakéhokoliv druhu / bolestné, náhrada ušlého výdělku a zejména placení výživného atd. / v případě nechtěného otěhotnění a narození dítěte navzdory provedené sterilizaci. Toto vzdání se nároků se nevztahuje na úmyslné nebo hrubě nedbalostní jednání lékaře, který zákrok prováděl.

Já, níže podepsaný, si přeji trvalou neplodnost / sterilizaci /. Jiné alternativy kontroly plodnosti jsou mi známy. Potvrzuji tímto, že jsem byl v rámci důkladného pohovoru ošetřujícím lékařem poučen o podrobnostech požadovaného zákroku, který má trvale plodnost ukončit.

K vazektomii / oboustranném přerušení chámovodů / jsem se rozhodl po podrobné a srozumitelné informaci a následném poučení o druhu, významu, důsledcích a možných rizicích zákroku, jakožto i po zralém zvážení všech výhod i nevýhod. Byl jsem rovněž 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. Byl jsem upozorněn na eventuelní nutnost zákrok rozšířit nebo upravit v závislosti na místním nálezu a celkovém stavu organismu. V případě nutnosti souhlasím i s nutným rozšířením nebo úpravou výkonu. Byl jsem níže podepsaným lékařem poučen ke své plné spokojenosti. Toto prohlášení jsem si přečetl, měl jsem dostatek příležitostí hovořit s lékařem a se zákrokem souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných

jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Žádost o provedení vazektomie / oboustranné přerušení chámovodů / byla pacientem podána dne

Informace o povaze plánovaného výkonu, jeho trvalých následcích a možných rizicích byly podány dne.....

V.....dne.....

.....
podpis pacienta

.....
podpis lékaře

.....
podpis svědka

ŽÁDOST O STERILIZACI PROVEDENÍM VAZEKTOMIE

Já, pan....., rodné číslo

bytem, tel.....

Žádám o provedení vazektomie / oboustranné přerušení chámovodů /. Zároveň prohlašuji, že jsem dovršil věk 21 let a jsem způsobilý k právním úkonům. Prohlašuji, že si nejsem vědom žádných zdravotních důvodů, které by mi bránily tento výkon podstoupit, a že žádost o tuto formu sterilizace nepodávám ze zdravotních důvodů.

V.....dne.....

.....
podpis žadatele