

## Konverzní operace pohlaví

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o konverzní operaci pohlaví. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je to konverzní operace pohlaví:

Principem operačního zákroku je odstranění mužských pohlavních orgánů (varlat a penisu), s následnou rekonstrukcí krajiny za účelem docílení vzhledu ženských pohlavních znaků (zevní stydké pysky, rekonstrukce klitorisu) a vytvoření prostoru pro neovagínu. Jedná se o náročný výkon, svou povahou nevratný pro případnou rekonstrukci původních odstraněných orgánů, se ztrátou reprodukční funkce.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Změna pohlaví z důvodu transsexualismu. Podmínkou operace je schválení konverzní operace Etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Zárok je prováděn v celkové anestézii a jako takový vyžaduje provedení předoperačního interního vyšetření, které zajistí Váš praktický lékař. Součástí předoperačního vyšetření před celkovou anestézií (narkózou) je posouzení výsledků anesteziologem. Pravidelně užívané léky (zejména léky ke korekci krevního tlaku, insulin, hormony) by se neměly před zákrokem vysazovat (užít i v den operace ve zvyklém dávkování). Pokud lze, 7-10 dní před zákrokem vysadit léky ovlivňující srážlivost krve (např. Anopyrin, Aspirin, Godasal, Ticlid, Tagren, APO - Tic, aj.). Vysazení antikoagulancií (léků proti srážení krve) je nutno předem konzultovat s lékařem. Před plánovanou operací je pacient podrobně poučen ošetřujícím lékařem a proběhne předoperační příprava, během které se podává klyzma (nálev pro vyprázdnění tlustého střeva) a nasadí se preventivně antibiotika.

## **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Chirurgická konverze pohlaví představuje soubor náročných výkonů, které slouží k imitaci vzhledu a funkce orgánů opačného somatického pohlaví. Tyto výkony významně zasahují do výchozího stavu orgánů a jejich funkcí. Některé funkce je třeba zachovat, jiné zrušit. Stávající orgány plnily, nebo mohly plnit, do okamžiku konverze zcela normálně svou funkci. Jde o operační výkon etapový, kdy je nutná s odstupem zhruba dvou až tří měsíců další operace za účelem optimalizace vzhledu operované krajiny.

## **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Větší krevní ztráty s nutností hrazení transfúzemi, částečné neprokrvení kůže operované krajiny, hnisání operační rány, částečná ztráta citlivosti operované krajiny, možnost poranění konečníku. Operačním výkonem nahrazujeme mužské pohlavní orgány, nelze tedy předpokládat plnou identitu, ale jen přiblížení se vzhledu pohlavních orgánů ženského typu. Citlivost rekonstruovaného klitorisů může být taktéž neúplná, stejně tak hloubka vytvořené pochvy nemusí být srovnatelná se skutečnou ženskou realitou.

## **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Klidový režim, zavedený močový katétr, zvýšená hygiena operované krajiny. První převaz s výměnou krytí rekonstruované pochvy je prováděn v celkové anestézii. Nutná je následná autodilatace (rozšiřování poševní stěny) rekonstruované vagíny, jejíž intenzitu určí ošetřující lékař.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře