

## Sterilizace u muže

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o sterilizaci u muže.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je sterilizace:

Sterilizace je zdravotní výkon odstraňující plodnost muže bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz. Jedná se o nevratný stav. Operačně přerušíme průběh chámovodů a tím znemožníme průtok spermatu. Výkon nemá vliv na Vaši hormonální aktivitu.

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

Důvodem sterilizace je zabránění nechtěnému oplodnění a vyřešení antikoncepční otázky.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem budete absolvovat předoperační vyšetření u svého praktického lékaře. Určenou dobu před výkonem budete lační a je nutno oholit oblast operačního pole.

### Jaký je postup při provádění sterilizace:

Operace se provádí v celkové anestézii (uspání pacienta). Během operace provede lékař na každé polovině šourku asi 15 mm řezy, nalezne chámovody, které podváže a přestříhne a zašije operační ránu.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Komplikace provázející operační výkon jsou velmi vzácné, může mezi ně patřit tvorba krevních sraženin, uzavření tepny – nejčastěji plicní krevní sraženinou (embolie), krvácení během a po operačním výkonu, infekce – zánět operační rány. Vzácně se může operační rána komplikovaně hojit a pacient musí určitou dobu docházet ambulantně na převazy operační rány. Po operaci může přetrvávat bolest varlat nebo se může vyskytnout opakovaný zánět v oblasti nadvarlat.

Není možné uvést výčet všech možných komplikací a teoretických rizik, je tedy nutno připustit, že může dojít i k jiným, než výše uvedeným komplikacím.

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

Po probuzení z celkové anestezie na operačním sále je pacient převezen na lůžkové oddělení Urologie. Případná bolest je tlumena analgetiky (léky proti bolesti). Pokud se operační rána správně hojí a pacient nemá bolesti, nepřesahuje pobyt v nemocnici 3 dny.

Doporučujeme klidový režim po dobu jednoho týdne – fyzické šetření, prevence úrazu v oblasti operačního pole.

Pokud nedojde ke komplikaci hojení operační rány, je návrat do obvyklého způsobu života do 10 dnů od provedení výkonu. Pracovní neschopnost při nekomplikovaném průběhu výkonu není delší než 10 dnů.

**K ověření žádaného efektu sterilizace je vhodné provést po 70 dnech od provedení operace spermioqram (vyšetření spermatu).**

## **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativou provedení sterilizace u muže je antikoncepce partnerky.

**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 jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví. Lékařem jsem byl poučen o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**Výkon není hrazen ze zdravotního pojištění, cena je stanovena v aktuálním ceníku Městské nemocnice Ostrava a pacient výkon hradí.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta

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

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

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení

**Bezprostředně před provedením sterilizace potvrzuji svým podpisem svůj souhlas s provedením výkonu.**

**Datum, čas:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta

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