

INFORMOVANÝ SOUHLAS S LÉČBOU – INTENZIVNÍ A RESUSCITAČNÍ PÉČE

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

V průběhu hospitalizace na **Jednotce intenzivní péče o novorozence** může u Vašeho dítěte vzniknout potřeba vykonat některé z následujících vyšetření a léčebných postupů. Jakýkoli z níže uvedených výkonů bude proveden pouze tehdy, kdy to bude vyžadovat zdravotní stav novorozence. Souhlas zákonného zástupce jej umožní provést v případě potřeby neodkladně, bez rizika z prodlení.

Následující seznam obsahuje vyšetření a léčebné postupy, na které se vztahuje informovaný souhlas:

Název léčebného postupu/vyšetření	Účel a rizika, která mohou léčebný postup/vyšetření provázet
Umělá plicní ventilace, podpůrná ventilace, aplikace kyslíku pomocí kyslíkových brýlí	Účel: Podpora selhávající funkce dýchacího ústrojí. Rizika: Poranění dýchacích cest, infekce v dýchacích cestách, poranění plice tlakem a objemem vdechovaného vzduchu, únik vzduchu mimo plice, trvalé poškození plic.
Zavedení katetru do periferní žíly (katetr je tenká trubička, která se zavádí do cévy)	Účel: Podání nitrožilní výživy, léků. Rizika: Poranění tkáně při zavádění katetru, vznik podlitiny, infekce místní nebo celková, únik podávaných léků mimo žílu, vznik otoku, podráždění, porušení okolních tkání.
Zavedení katetru do centrální žíly/ pupečnickové žíly	Účel: Podání nitrožilní výživy, podání léků, které nelze podat do periferního žilního katetru. Rizika: Poranění tkáně při zavádění katetru, tvorba podlitin, poškození orgánů v okolí zaváděného katetru, vznik krevních sraženin, infekce místní nebo celková.
Zavedení katetru do tepny/ pupečnickové tepny	Účel: Trvalé měření krevního tlaku. Možnost opakovaně provádět krevní odběry bez nutnosti opakovaných vpichů. Rizika: Infekce místní nebo celková, krvácení z místa vpichu, tvorba podlitin, porucha prokrvení tkání v povodí kanylované tepny.
Zavedení katetru do močového měchýře/cévkování	Účel: Možnost přesného sledování množství tvořené moči, získání materiálu k vyšetření moči. Rizika: Infekce místní a celková, poranění močové trubice.
Zavedení žaludeční sondy k výživě, podávání léků nebo odvádění žaludečního obsahu	Účel: Podávání výživy a léků, pokud dítě není schopno sát. Odvádění obsahu žaludku při poruše funkce střev. Rizika: Reflexní krátkodobá zástava dechu nebo zpomalení až zástava srdeční akce při zavedení sondy. Poranění nosu, nosohltanu, jícnu nebo žaludku.
Odběr krve pro laboratorní vyšetření	Účel: Stanovení diagnózy a sledování laboratorních parametrů v průběhu léčby. Rizika: Tvorba podlitin v místě vpichu, infekce místní nebo celková.
Odběr mozkomíšního moku lumbální punkcí	Účel: Vyšetření mozkomíšního moku ke stanovení diagnózy u některých onemocnění centrální nervové soustavy. Léčebné snížení objemu mozkomíšního moku. Rizika: Krvácení z místa vpichu. Infekce místní nebo celková. Bolest hlavy. Smrt v důsledku útlaku mozkového kmene (velmi vzácně).
Punkce pohrudničního prostoru	Účel: Odstranění patologického obsahu z pohrudničního prostoru (vzduch, krev, lymfa, hnis) Rizika: Poranění hrudní stěny, plice, velkých cév a srdce, krvácení. Infekce místní a celková.

Punkce břišní dutiny	Účel: Odstranění patologického obsahu z břišní dutiny Rizika: Poranění břišní stěny a orgánů dutiny břišní, krvácení, infekce místní a celková.
Podávání umělé nitrožilní výživy	Účel: Podávání tekutin a živin pacientům, kteří nemohou přijímat žádné nebo dostatečné množství stravy přirozenou cestou. Rizika: Závisí na způsobu podání – viz zavedení katetru do periferní/centrální/pupečnickové žíly. Postižení funkce jater.
Podání transfuzního přípravku (erytrocytární koncentrát, trombocytární koncentrát, mražená plazma)	Účel: Doplnění závažného nedostatku červených krvinek, krevních destiček, srážlivých faktorů, krevní bílkoviny. Rizika: Přenos infekce od dárce. Imunitní reakce příjemce proti transfuznímu přípravku s následkem poškození zdraví až smrti.
Rentgenové vyšetření, CT: bez podání/s podáním kontrastní látky	Účel: Vyšetření chorobných změn orgánů prostým dvojrozměrným zobrazením, kontrastním vyšetřením nebo trojrozměrným zobrazením – počítačovou tomografií. Rizika: vystavení pacienta ionizujícímu záření. Při podání kontrastní látky - alergická reakce, anafylaktický šok.
Vyšetření magnetickou rezonancí: bez podání/s podáním kontrastní látky	Účel: Vyšetření chorobných změn orgánů trojrozměrným zobrazením. Rizika: Při podání kontrastní látky - alergická reakce, anafylaktický šok.
Vyšetření ultrazvukem	Účel: Vyšetření chorobných změn orgánů dvojrozměrným zobrazením. Rizika: Nejsou popisována.
Vyšetření očního pozadí	Účel: Vyšetření stavu vývoje a chorobných změn sítnice. Rizika: Podání mydriatik (očních kapek) před vyšetřením může způsobit přechodné poruchy dechu a krevního oběhu, místní infekci, podráždění spojivek.
EEG, amplitudové EEG	Účel: Funkční vyšetření centrální nervové soustavy. Rizika: Kožní reakce na vodivý gel. Infekce v místě zavedení elektrod.
Léčebná rehabilitace	Účel: Urychlení léčby a rekonvalescence, léčba poruch svalového napětí, příznivé ovlivnění motorických funkcí. Rizika: Vzácně tvorba podlitin nebo vznik patologické zlomeniny.
Šetrné znehybnění pacienta nebo části jeho těla	Účel: V zájmu zdraví nebo bezpečnosti pacienta (například šetrné znehybnění končetiny dlahou při zavedeném nitrožilním katetru).

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient /zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum: **Podpis pacienta:**

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Podpis:

Datum:

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště: **Číslo OP:**

Datum: