



Nemocnice Na Bulovce
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111

Informovaný souhlas pacienta
(souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)

NNB_FORM_039

Strana 1 z 2
Verze číslo: 2

Pracoviště (klinika, oddělení): Neonatologické oddělení

Lékař, který provedl poučení:

Pacient:

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištění, kód zdr. pojišťovny

Novorozenec:

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištění, kód zdr. pojišťovny

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o léčebných postupech, které souvisejí s poporodním ošetřením novorozence a s jeho dalším pobytem na Neonatologickém oddělení.

Veškeré výkony budou provedeny co nejšetrněji. Uvedený postup je v souladu se současnými poznatky a minimalizuje zdravotní rizika v novorozeneckém období.

Po porodu bude děťátko ošetřeno zdravotní sestrou a vyšetřeno pediatrem. V případě potřeby bude dítě odsáto z horních dýchacích cest a žaludku. Bude provedena desinfekce očních spojivek a aplikován vitamín K k prevenci krvácivých stavů novorozence.

První 2 hodiny po porodu stráví novorozenec s maminkou na porodním sále (dle teplotních podmínek v postýlce, ve vyhřívaném lůžku či v inkubátoru). Dítě bude co nejdříve přiloženo k prsu. V případě zdravotních komplikací bude miminko ihned odneseno na novorozenecké oddělení k dalšímu ošetření.

Při příznivém průběhu bude miminko následně ošetřováno spolu s maminkou na oddělení rooming-in. Maximální pozornost bude věnována podpoře kojení. V nutném případě bude miminko dokrmeno mateřským mlékem nebo mlékem umělým (hypoantigenním, hypoalergickým).

V případě novorozenecké žloutenky bude děťátko léčeno fototerapií.

Vzácně je nutno novorozenci aplikovat antibiotika (v případě infekce) nebo intravenózní infuzi (infekce, problémy s výživou).

V průběhu hospitalizace bude dítěti sterilně odstraněn zbytek pupečního pahýlu a bude odebrána krev z patičky k provedení screeningových vyšetření. Bude provedeno screeningové vyšetření očí na vrozený šedý zákal a vyšetření sluchu. V indikovaných případech je novorozenec vyšetřen neurologem. Vyšetření ultrazvukem se provádí při podezření na vrozené vývojové vady nebo po obtížném porodu.

V případě nekomplikovaného porodu a při dobrém zdravotním stavu dítěte (rozbíhá se dostatečná tvorba mléka, dítě neubývá na váze, případná novorozenecká žloutenka není na vzestupu, dobře se hojí pupečnicková jizva) je možné nejčasnější propuštění mezi 72 a 96 hodinou po porodu.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Optimalizovat průběh poporodní adaptace novorozence na porodním sále a na oddělení šetinedělí

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučené výkony mají případná následující rizika:**

Snesení pupečního pahýlu - vzácně následné krvácení.

Odběr krve z periferní žíly - modřina v místě vpichu.

Fototerapie - možné riziko apnoické pauzy a přehřátí. (dýchání dítěte bude monitorováno)

Ultrazvukové vyšetření - výkon není spojen s nežádoucím účinkem / komplikací.

Odběr z krve z paty ke screeningovému vyšetření – modřina v místě vpichu

Screeningové vyšetření očí (vyloučení šedého zákalu) – výkon není spojen s nežádoucími účinky / komplikacemi

Screeningové vyšetření sluchu - výkon není spojen s nežádoucími účinky / komplikacemi

* datum narození se vypisuje u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo



Nemocnice Na Bulovce
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111

Informovaný souhlas pacienta
(souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)

NNB_FORM_039

Strana 2 z 2
Verze číslo: 2

Zavedení kanyly do periferní žíly. - minimální (následné krvácení, modřina v místě vpichu, infekce, vytvoření krevní sraženiny).
Speciální neurologické vyšetřovací testy. - vyšetřovací neurologické testy u novorozence nejsou zatíženy rizikem komplikací zdravotního stavu.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše o zdravotním výkonu** a měl(a) jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl(a)** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu**:

Ošetřování novorozence v poporodním období

Souhlasím s tím, že po celou dobu hospitalizace bude dítě označeno identifikačním náramkem.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví mého dítěte.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis přijímajícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uveďte se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

.....
vlastnoruční podpis svědka