

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Gynekologicko-porodnické oddělení, tel: 577 552 910, fax. 577 552 990**INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Vážená paní,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ VE II. TRIMESTRU

Vážená paní,

Na základě Vaší žádosti nebo ze zdravotních důvodů Vám bude provedeno umělé ukončení těhotenství. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu. Podstatou nezbytných výkonů je umělé vyvolání stahů děložních a potrat plodu přirozenou cestou jako při porodu.

U nerodivších patientek provádíme vyšetření krevní skupiny v ceně 270,- Kč. U žen s krevní skupinou Rh- bude aplikována injekce Anti-D v ceně 1.250,- Kč.

Účel výkonu:

Ukončení těhotenství z důvodů vrozených vývojových vad, ukončení těhotenství z důvodů zmlklého těhotenství.

Postup:

Příprava hrdla děložního spočívá v zavedení Dilapanových tyčinek, které přes noc nabobtnají a bezbolestně hrdlo rozšíří na 1–2 cm. Tento výkon se provádí na oddělení.

Vlastní výkon:

Probíhá již na porodním sále a spočívá v zavedení účinné látky ve formě tablet do pochvy. Tento postup se opakuje v pravidelných intervalech do vyvolání účinku (kontrakce děložní, potrat).

Další průběh:

Nástup stahů děložních je individuální, zpravidla do 2 hodin od výkonu. Budou-li stahy příliš bolestivé, budete dostávat léky tlumící bolest, v případě slabých děložních stahů bude třeba je posílit infuzí. Časový interval do potratu se nedá odhadnout, pohybuje se od 2 do 24 hodin. Po potratu plodu je nutné vybat zbytky plodového vejce z dutiny děložní. Tento výkon se provádí na operačním sále v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je otevřeným hrdlem děložním po potratu plodu a provádí se kyretou. Plod i s placentou je odeslán k podrobnému vyšetření v patologicko-anatomickém oddělení.

Možné komplikace:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Aplikaci léků do plodového vejce může provázet nevolnost v průběhu stahů děložních i zvracení.

Potrat plodu může být provázen silnějším krvácením. Infekční komplikace by se projevy zvýšenou teplotou.

U 10 % pacientek se nepodaří napoprvé vyvolat stahy děložní a je nutné celý proces opakovat.

Doporučení:

První menses se po výkonu dostaví za 4–6 týdnů. Další graviditu doporučujeme až po ukončení všech nutných vyšetření, plánovaně v odstupu nejméně 1/2 roku. Do té doby bude vhodné se zabezpečit antikoncepcí.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

.....
Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

.....
Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékařovi otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsánoého léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevilsvou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.