

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:

INVAZIVNÍ PRENATÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Vážená paní,

vážíme si Vaší důvěry, kterou jste projevila našemu oddělení a nemocnici. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohla svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vám provedeme invazivní prenatální vyšetření.

Na našem pracovišti Vám bylo navrženo invazivní prenatální vyšetření, které je určeno k diagnostice vrozených vývojových vad a dědičných onemocnění u plodu. Podle typu vyšetření se odebírá vzorek choriových klků (CVS), plodové vody (amniocentéza) nebo pupečnickové krve (kordocentéza). Vzorky jsou dále vyšetřovány v laboratořích. Nejčastěji jde o vyšetření cytogenetické, které obnáší vyšetření karyotypu (souboru chromozomů) plodu. Některé vzorky, podle typu vrozené vady nebo dědičného onemocnění, jsou určeny k molekulárně genetickému vyšetření, kdy se vyšetřuje DNA (dědičná informace) plodu nebo biochemickému a enzymatickému vyšetření. Vyšetření provádíme vždy ambulantně – amniocentézu a kordocentézu bez anestezie, vzhledem k nepatrné bolestivosti CVS v místním znecitlivění.

Před výkonem je nezbytné:

- předchozí vyšetření ošetřujícím gynekologem
- zajištění pracovní neschopnosti ode dne výkonu
- zajištění doprovodu další osoby po výkonu

Vlastní výkon (navržený výkon bude zakroužkován):

☐- **CVS** – jde o odběr vzorku plodových obalů. Vyšetření provádíme mezi 11. -14. týdnem těhotenství. Za kontroly ultrazvuku, po předchozí dezinfekci kůže jodovým nebo alkoholovým preparátem, pronikáme jednorázovým vpichem tenkou jehlou přes stěnu břišní a děložní do oblasti budoucí placentární tkáně plodu a z tohoto místa odebíráme malé množství buněčného materiálu pro další laboratorní zpracování. Po vytažení jehly se místo vpichu dezinfikuje a kryje sterilním tamponem.

☐- **Amniocentéza** – odběr plodové vody. Plodová voda obsahuje odloučené buňky plodu a další substance. Jejím odběrem získáme tyto buňky, které jsou vhodným materiálem pro další, nejčastější chromozomální vyšetření. Výkon se provádí v období 15. - 21. týdne těhotenství, nejčastěji kolem 16. týdne. Za kontroly ultrazvuku, po předchozí dezinfekci kůže pronikáme jednorázovým vpichem tenkou ostrou jehlou přes stěnu břišní, děložní a plodové obaly do dutiny děložní. Jehlou pronikáme mimo plod do dutiny, polohu hrotu jehly přísně kontrolujeme ultrazvukem. Během výkonu tímto postupem nemůže dojít k poranění plodu jehlou. Odebíráme asi 20ml plodové vody. Toto množství se spontánně obnoví během několika hodin po výkonu. Po nasátí plodové vody do sterilní stříkačky se jehla vytahuje a místo vpichu se dezinfikuje a kryje sterilním tamponem.

☐- **Kordocentéza** – odběr krve plodu z pupečníku v oblasti odstuppu pupečníku z placenty. Výkon provádíme většinou do 20. týdne těhotenství. Pod ultrazvukovou kontrolou, po předchozí dezinfekci kůže pronikáme jednorázovým vpichem tenkou ostrou jehlou přes stěnu břišní, děložní a plodové obaly do oblasti odstuppu pupečníku z placenty a odebíráme krev z pupečnickové cévy. Do sterilní stříkačky nasáváme asi 2ml pupečnickové krve plodu pro další laboratorní zpracování. Po vytažení jehly se místo dezinfikuje a kryje sterilním tamponem.

Možné komplikace:

Metody invazivní prenatalní diagnostiky rutinně provádíme na našem pracovišti. Riziko komplikací se odhaduje na 0,5–1%. Nejčastější možné komplikace jsou:

- odtok plodové vody
- potracení plodu
- infekce plodu a plodových obalů vedoucích k potracení plodu
- komplikace, které se objeví do 2 týdnů po výkonu, mohou být v souvislosti s provedeným výkonem
- v malém procentu případů laboratorní výsledek nepostačuje ke zhodnocení a výkon se musí zopakovat.

Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce na minimum, zodpovězte nám prosím, následující **otázky**:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu? Ne – Ano
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)? Ne – Ano
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení? Ne – Ano

Po výkonu je nezbytné!

- cca 2 hodinový klidový režim na našem pracovišti!
- po návratu domů jednodenní klidový režim na lůžku
- 2 týdenní šetření od fyzicky namáhavé práce, sportu, dalekého cestování, pracovní neschopnost

V případě jakýchkoliv potíží (zvýšená tělesná teplota, nezvyklé křeče v podbřišku, výtok) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!

V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadující neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně života nebo zdraví.

Ne – Ano

V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč) k vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.

Ne – Ano

Současně prohlašuji, že jsem lékařům nezamířel (a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.
Ne – Ano

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 popsaného 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 projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

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