

**Poučení a obecný informovaný souhlas
zákonného zástupce novorozence s hospitalizací, případně s překladem v rámci KNL**

Jméno a příjmení novorozence:			
Datum narození:		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu novorozence (případně jiná adresa):			
Jméno zákonného zástupce:		Datum narození:	
Telefonní číslo zákonného zástupce:			

Lékařská část

Důvod hospitalizace:

Péče o novorozence v poporodním období

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Poučení o zdravotním stavu - Byl(a) jsem srozumitelně poučen(a) o zdravotním stavu dítěte, o povaze ev. onemocnění a o předpokládaném vývoji jeho ev. onemocnění.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Obdržel(a) jsem údaje o předpokládaném prospěchu léčby, jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro zdravotní stav dítěte a údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života po provedení příslušného výkonu. Byl(a) jsem poučen(a) o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a o právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Lékař, který mi poskytl potřebné informace a poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto poučení a souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví dítěte, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně jeho života nebo zdraví.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje, jež by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu dítěte či ohrozit jeho okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem lékařem poučen(a), že mohu nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte a pořizovat si z ní výpisy, nebo kopie.*		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím s možností elektronického zasílání zdravotnické dokumentace v obrazové i textové formě do jiných zdravotnických zařízení z medicínských důvodů.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím se screeningovým vyšetřením sluchu, které slouží k včasnému odhalení vrozených vad sluchu. Samotné vyšetření trvá od několika sekund do několika minut. Vyšetření provádí novorozenecká sestra na oddělení. Vyšetření je zcela bezbolestné, nezatěžující.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím s provedením novorozeneckého screeningu, což znamená odběr několika kapek krve z patičky dítěte na speciální papírek. Tato metoda slouží k vyhledávání novorozenců, u kterých se tak onemocnění odhalí ještě dříve, než se stačí projevit a poškodit zdraví dítěte. V současné době se vyšetřují některé poruchy metabolismu, některá hormonální onemocnění, vrozené poruchy vazkosti hlenu dýchacích cest (CF). V místě vpichu se může objevit modřina.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím se screeningovým vyšetřením očí na vrozenou kataraktu (šedý zákal). Vyšetření je bezbolestné, nezatěžující, provádí ho dětský lékař za pomoci oftalmoskopu, který vypadá jako baterka. Ze vzdálenosti 30 cm lékař posvítí dítěti do každého oka.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím, že v průběhu hospitalizace bude dítěti sterilně odstraněn (skalpelem) zbytek pupečního pahýlu dětským lékařem. Výkon je bezbolestný, vyžaduje kontrolu krvácení.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Souhlasím se screeningovým vyšetřením kyčlí dítěte, jehož cílem je včas odhalit vrozené vykloubení kyčlí. Vyšetření provádí lékař ortopedie pohmatem a za pomoci ultrazvuku. Jedná se o bezbolestné, nezatěžující vyšetření.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Prohlašuji, že na základě poskytnutých informací souhlasím s hospitalizací.	ANO	NE
Souhlasím s dočasným podáváním cizího pasterizovaného mateřského mléka dítěti v prvních dnech po narození vzhledem k výhodám, které má toto mléko pro dítě ve srovnání s umělou výživou. Mateřské mléko je kontrolováno, vyšetřováno, pasterizováno a uchováváno dle platných doporučení.	ANO	NE

Datum:	Hodina:	Podpis zákonného zástupce	Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení

Nelékařská část

Souhlasím s tím, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, a že mohu přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a nahlížení do zdravotnické dokumentace zakázat.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby zdravotničtí auditoři kvality (interní a externí) mohli nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte v nezbytně nutném rozsahu. Audity kvality spojené s kontrolou zdravotnické dokumentace se provádějí pro zajištění většího bezpečí pacientů a pro zvýšení kvality lékařské a ošetrovatelské péče. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Byl/a jsem poučen(a) o významu identifikačního náramku a souhlasím s jeho připevněním dítěti.	ANO	NE
Souhlasím s uvedením jména dítěte na lůžku.	ANO	NE
Byl(a) jsem srozumitelným způsobem seznámen/a s denním režimem oddělení, Chartou práv dětí.	ANO	NE
Přeji si, aby o zdravotním stavu dítěte byla informována jiná osoba (osoby):	ANO	NE
Telefonická identifikace volajícího = číslo porodu		
Jméno a příjmení:	Adresa:	Tel.č.:
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla právo:		
a) nahlížet do zdravotnické dokumentace dítěte	ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, kopie ze zdravotnické dokumentace* dítěte	ANO	NE
c) současně výslovně tuto osobu určuji jako osobu, která má být nepřetržitě přítomna u dítěte, pobývat společně s dítětem na pokoji a celodenně o něj pečovat	ANO	NE

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 66 odst. 3) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Datum:	Hodina:	Podpis zákonného zástupce (opatrovníka)	Podpis nelékaře, který(á) provedl(a) poučení

Pokud se zákonný zástupce nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se nemohl(a) podepsat:

Jak zákonný zástupce projevil(a) svou vůli:
(např. ústně potvrdil všechna prohlášení)

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina:

Tento souhlas platí pro jednu hospitalizaci nezletilého pacienta v rámci KNL, a.s., která může zahrnout pobyt na více oddělení. V případě překladu na jiné oddělení v rámci KNL, a.s. na oddělení zůstává kopie a originál je součástí překladové zprávy pacienta..