

PÍSEMNÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ NOVOROZENCE A POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Novorozenec: _____ RČ: _____
Bydliště: _____ ZP: _____
Zákonný zástupce: _____ Tel.: _____
Oddělení: _____
Důvod přijetí do ústavní péče: PÉČE O NOVOROZENCE

Vážení rodiče,

narození dítěte bývá jednou z nejradostnějších událostí v životě. Je naším společným zájmem, aby tyto chvíle proběhly šťastně a bezpečně a aby vaše dítě mělo co nejlepší start do života.

V zájmu předcházení případným nedorozuměním jsme povinni a rádi bychom Vás seznámili se standardními postupy na našem novorozeneckém oddělení.

Záznam o rozsahu podaných informací

Pokud je Vaše těhotenství bez rizika, a porod probíhá bez komplikací, pak po porodu ošetřuje Vaše dítě porodní asistentka. Pokud jsou předem známa rizika či komplikace, pak je k Vašemu porodu povolán neonatologický tým, který je neprodleně přivolán i v případě neočekávaných komplikací u novorozence. Pokud je třeba, je ihned zahájena podpora poporodní adaptace novorozence. Při nekomplikovaném průběhu umožníme dotepání pupečníku na břicho matky, podpoříme raný kontakt a časné přisátí k prsu. Pokud požadujete bonding – tj. dlouhodobé uložení nahého dítěte na břicho matky – je o tom třeba sepsat předem písemný souhlas. Je nutno upozornit, že poporodní adaptace je náročným a rizikovým okamžikem v životě dítěte. V prvních hodinách po narození může dojít k nečekané zástavě dýchání a srdeční aktivity i u jinak zdravého novorozence. Porodní asistentka nebo dětská sestra chodí dítě v pravidelných intervalech na porodní box kontrolovat. Pro nejvyšší bezpečí doporučujeme ponechat dítě při bondingu na oxymetru, v postýlce pak na monitoru dechu, v případě chování v náručí pak musíte dítě pečlivě sledovat a v případě jakýchkoliv potíží ihned volat porodní asistentku nebo dětskou sestru. Při nekomplikovaném průběhu zůstává novorozené dítě s rodiči na porodním boxu 2 hodiny.

Pokud je porod ukončen císařským řezem, je k němu přivolán neonatologický tým, který dítě ihned po narození ošetří. Pokud je matka během operace při vědomí, umožňujeme přítomnost otce na operačním sále a kontakt s dítětem a matkou ještě na operačním sále formou kratšího bondingu, a dále pak časný kontakt otce nebo jiné určené osoby s novorozencem na novorozeneckém pokoji. Dítě je co nejdříve po dokončení operace u matky přiloženo k prsu a kojeno. Dále se o dítě stará personál novorozeneckého oddělení, zejména dětská sestra, než je matka schopna plné péče o dítě.

V případě komplikací a ohrožení zdraví nebo života dítěte je postup péče a léčby neprodleně řízen neonatologickým týmem v režimu neodkladné péče, tedy bez ohledu na níže uvedené souhlasy či odmítnutí.

V porodním boxu nebo na novorozeneckém oddělení jsou dále rutinně prováděny následující výkony:

Novorozenec je šetrně osušen, zvážen a změřen pro účely první lékařské prohlídky; dítě je označeno identifikačním náramkem, číslem a jménem a příjmením na noze.

souhlasím

☐

odmítám v rozsahu

V případě silného znečištění krví nebo stolicí je novorozenec šetrně omyt; první celkovou koupel odkládáme na pozdější dobu.

souhlasím	☐	odmítám v rozsahu
-----------	--------------------------	-------------------------

První vyšetření dítěte dětským lékařem. Toto vyšetření v zájmu bezchybovosti a hlavně bezpečnosti pro dítě neprovádíme na břiše matky, ale na vyšetřovacím lůžku.

souhlasím	☐	odmítám v rozsahu
-----------	--------------------------	-------------------------

Po převezení matky na pokoj oddělení šestinedělí se dále péče o novorozence odehrává v systému rooming-in, to znamená dítě a matka spolu na jednom pokoji, o čemž je sepsán samostatný souhlas. Personál novorozeneckého oddělení postupně zaučuje matku v péči o dítě, zejména v kojení. Denně probíhají vizity lékařem.

V případě nedostatečného příjmu mléka z prsu a váhového úbytku dítěte mohou být nařízeny dokrmy odstříkaným mlékem vlastním nebo ošetřeným dárcovským, v případě nedostatku mateřiny pak počáteční mléčnou formulí, nejčastěji alternativním způsobem stříkačkou nebo cévkou u prsu.

souhlasím	☐	odmítám v rozsahu
-----------	--------------------------	-------------------------

Provádějí se postupně novorozenecká screeningová vyšetření, a to vyšetření na vrozenou syfilis z pupečnickové krve, odběr krve z paty k vyšetření vrozených a dědičných metabolických chorob – novorozenecký laboratorní screening, vyšetření vrozeného šedého zákalu, vyšetření poruch sluchu pomocí TEOAE nebo AABR, vyšetření kyčlí a nohou klinicky a ultrazvukem, vyšetření k vyloučení vrozených vad močového systému ultrazvukem a vyšetření k vyloučení kritických vrozených srdečních vad pomocí měření okysličení krve.

souhlasím	☐	odmítám v rozsahu
-----------	--------------------------	-------------------------

Po zaschnutí a odumření pupečního pahýlu požaduji jeho odstranění skalpelem.

souhlasím	☐	odmítám a žádám jej ponechat	☐
-----------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

V období prvních tří dnů života dále probíhá přizpůsobování dítěte na život mimo dělohu matky. Mohou se projevit poruchy tohoto náročného procesu. Mohou propuknout vrozené infekce. Může se rozvinout těžká novorozenecká žloutenka i s následným postižením mozku. Mohou se projevit vrozené vady, které unikly prenatálnímu vyšetřování. Při nedostatečném příjmu mléka může dojít ke kolapsu novorozence. Mohou vzniknout i další vážné potíže. Proto na našem oddělení považujeme za bezpečné propouštět novorozence do domácího prostředí nejdříve po 72 hodinách života.

Byl(a) jsem poučen(a) o léčebných postupech, které souvisejí s poporodním ošetřením novorozence a s jeho dalším pobytem na novorozeneckém oddělení Uherskohradištské nemocnice a.s., se kterými souhlasím, pokud není výše uvedeno jinak. Veškeré výkony budou prováděny co nejšetrněji. Uvedený postup je v souladu se současnými poznatky vědy a uznávanými medicínskými postupy a minimalizuje zdravotní rizika v novorozeneckém období.

Prohlášení pacienta nebo zákonného zástupce

Prohlašuji, že mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny tyto skutečnosti:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o provedení kontrolních zdravotních výkonů

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

V případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Pacientovi bylo ve smyslu § 2639 Občanského zákoníku podáno vysvětlení, že poskytnutou zdravotní péčí nemusí být vždy dosaženo jím očekávaného léčebného výsledku.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.**

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 výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min.

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Jméno, příjmení a podpis kompetentního lékaře

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

Důvod: _____

Způsob projevu souhlasu: _____

Jméno a příjmení svědka: _____

Podpis svědka