**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce** **pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Obrat plodu v děloze zevními hmaty

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* Poloha plodu koncem pánevním

***3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

* Manuální obrat plodu v děloze z polohy koncem pánevním do polohy podélné hlavičkou
* Obrat je prováděn v případě, že plod je v děloze dobře pohyblivý, obratu nepřekáží umístění placenty, nejsou známky ohrožení plodu ani předčasného nástupu porodní činnosti
* Obrat je prováděn pod ultrazvukovou kontrolou a připravenými opatřeními pro případ komplikace, jejíž riziko je minimalizováno
* Výkon je prováděn za krátké hospitalizace s aplikací léků uvolňujících děložní svalovinu
* Účelem obratu je převést plod do polohy výhodnější pro průběh porodu

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

* Vyvolání děložní činnosti
* Vznik tísně plodu s nutností těhotenství ukončit
* Odtok plodové vody, nebo krvácení z rodidel
* Neúspěch obratu (pak je situace stejná, jako před ním)

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

* + Donošení těhotenství v poloze koncem pánevním (nevýhodnější proti poloze hlavičkou)
	+ Primární ukončení těhotenství v termínu císařským řezem (se všemi operačními riziky pro plod i matku)

***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***

* + Nutnost přechodného omezení fyzické aktivity a zátěže po dobu cca 24 hodin

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* V souvislosti s obratem 1 den

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):***

* 1 den

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* 1 den

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* žádné

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

* dle nálezu před a při výkonu klidový režim, po obratu klidový režim po dobu několika hodin. Předpokládaná hospitalizace – ráno před výkonem a propuštění ráno po výkonu.

***8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně

provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

*Pro zákonného zástupce pacienta:*

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

*Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

V Praze, dne……………

 …………………………… NEBO ………………………….....

 **Podpis zákonného zástupce pacienta Podpis pacienta [[1]](#footnote-1)\***

***Identifikace zákonného zástupce pacienta:***

1) Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .……………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

1. \* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta. [↑](#footnote-ref-1)