



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY

Porod do vody

poskytovatel zdravotních služeb: Nemocnice Český Krumlov, a.s.
Nemocniční 429, Horní Brána, Český Krumlov, PSČ: 381 01
IČO: 260 95 149
rejstříkový soud - Krajský soud v Českých Budějovicích
oddíl B, vložka 1460

zde prosím vlepit štítek pacientky

pacient:

Jméno, rodné číslo, bydliště zákonného zástupce

(pouze v případě osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům):

.....
.....
.....

- ▶ přečtete si prosím pozorně text tohoto informovaného souhlasu
- ▶ pokud jste plně nerozuměla lékařovo vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře kdykoliv po přijetí na oddělení
- ▶ přečtete si prosím pozorně text tohoto informovaného souhlasu, pokud souhlasíte s textem prohlášení, vyplňte prosím část 2 – Informovaný souhlas pacienta

1. INFORMACE

Vážená paní,

rozhodla jste se pro porod do vody. Pod tímto pojmem rozumíme takový průběh konečné fáze porodu, kdy se hlavička novorozence i celé jeho tělo porodí pod úrovní vodní hladiny. Možnost vedení porodu do vody stanoví porodník po přijetí rodičky poté, jakmile zhodnotí celkový stav rodičky, provede porodnické vyšetření a zhodnotí záznam srdeční akce plodu na kardiokografu. Bude-li porod veden do vody, je nutno před vstupem do lázně podat očistné klysmo. V průběhu porodu je možné využít pobytu ve vaně opakovaně. Při porodu je přítomen porodník, porodní asistentka a dětský lékař. Dojde-li v kterékoli fázi porodu ke komplikacím je nutno okamžitě pobyt ve vodě ukončit a uposlechnout doporučení ošetřujícího personálu.

Tento způsob porodu je považován za bezpečný, jedná-li se o zcela normální průběh porodu. Pozitivním efektem pro rodičku je úleva při bolesti, možnost měnit polohu těla, provádí se méně nástřihů hráze.

RIZIKA

Dosud nebyl jednoznačně prokázán negativní ani pozitivní účinek na novorozence. U novorozence může dojít vdechnutím plodové vody s nutností odsátí dýchacích cest eventuálně i intubace (zavedení dýchací kanyly do průdušnice). Může dojít i k infekčním komplikacím, stejně jako při každém porodu, aniž je to způsobeno porodem do vody.

ALTERNATIVA NAVRHOVANÉHO ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

OMEZENÍ

2. Informovaný souhlas pacienta

Jméno a příjmení pacienta

Bydliště

Datum narození

Byl/a jsem poučen/a o účelu, způsobu provedení, rizicích a možných komplikacích vyplývajících z **porodu do vody**.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař MUDr., který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného, informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které řádně a úplně odpověděl. Jsem srozuměn/a s tím, že plánovaný výkon může provést kterýkoliv lékař oddělení.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu. Byl/a jsem upozorněna na případnou nutnost výkon rozšířit či upravit podle aktuálního nálezu.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o účelu, způsobu provedení, rizicích a možných komplikacích a souhlasím s provedením dalších výkonů souvisejících s **porodem do vody**.

Beru na vědomí, že po provedeném zdravotním výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti. Po propuštění z hospitalizace budou nutné lékařem nařízené kontroly ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Český Krumlov, a.s. nebo u mého registrujícího (obvodního) lékaře, dle mého zdravotního stavu, a to až do úplného uzdravení.

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.

S navrhovaným výkonem i s případným nutným rozšířením/ modifikací výkonu **souhlasím v plném rozsahu**.

místo podpisu: Český Krumlov, Nemocnice Český Krumlov, a.s., oddělení.

den podpisu:

hodina podpisu:

podpis pacienta:

(zákonného zástupce)

Prohlášení zákonného zástupce dítěte (v případě, že je přítomen pouze jeden z rodičů):

Prohlašuji, že druhý rodič (otec/matka) dítěte S navrhovaným zákrokem souhlasí.

Podpis zákonného zástupce:

zdravotnický pracovník (ošetřující lékař), který pacientovi poskytl uvedené informace:

.....(jméno, příjmení)(podpis)