

**Část A) Vážená paní,
zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.**

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučena o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

Název zdravotní služby (výkonu): Ambulantní porod

Pozn. poučení ohledně rizik pro novorozence a příslušnou dokumentaci s Vámi probere a zajistí kompetentní pediatr (dětský lékař) z novorozeneckého oddělení.

1. Důvod a cíl výkonu

Ambulantní porod znamená, že rodička po vaginálně vedeném porodu ve zdravotnickém zařízení odchází s novorozencem v poporodním období, které trvá minimálně dvě hodiny, do domácí péče. Odchod z porodnice je zajišťován vlastní rodinou.

2. Povaha a následky výkonu

Podmínkou pro ambulantní porod je nekomplikovaný průběh těhotenství a nekomplikovaný vaginální porod v termínu (gestační stáří 37+0 – 41+6), bez přítomnosti rizikových faktorů ze strany rodičky a plodu. Předpoklady k ambulantnímu porodu ze strany rodičky: porod byl vaginální a proběhl bez komplikací, rodička je oběhově stabilní (má normální krevní tlak a puls) a nemá horečku, děloha se zavínuje a krvácení po porodu je přiměřené, rodička je v dobré psychické a fyzické kondici, porodní poranění je ošetřeno bez komplikací. Předpoklady k ambulantnímu porodu ze strany novorozence: fyziologický stav novorozence v době propuštění. Vždy se musí jednat o termínové těhotenství.

3. Rizika výkonu

Rizika pro rodičku: standardní minimální doba sledování rodičky po porodu je 48 hodin. Tato doba hospitalizace umožňuje dohled nad rodičkou a sledování fyzického i psychického stavu po porodu, hodnocení krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, krvácení, porodního poranění, stavu zavnutí dělohy po porodu, odchodu očítků, stavu prsů a způsobu kojení, otoků dolních končetin. Dále dle potřeby je možno provést laboratorní či ultrazvukové vyšetření. Je zde možnost provedení urgentního zákroku v případě komplikací spojených s Vaším zdravotním stavem či situacemi, které mohou být život ohrožující a mohou vést až k úmrtí (např. hypotonie – atonie / nezavinování dělohy s život ohrožujícím krvácením, těžká infekce – sepse, hluboká žilní trombóza, plicní embolie, eklamptický záchvat atd.). Kolapsový stav a v souvislosti s tím poranění různých částí těla. Krevní staženina (hematom) na hrázi nebo v pochvě, která se může vytvořit i za několik dní po porodu. Problémy s močením, záněty prsu.

4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života

Předpokládaná doba rekonvalescence po vaginálním porodu činí v průměru 6 týdnů, tj. období šestinedělí. V šestinedělí rodička dodržuje hygienický režim, o kterém je poučena při propuštění. Pokud se v průběhu šestinedělí nastanou komplikace (např. silné vaginální krvácení, bolesti břicha, horečka), dostaví se žena ihned na kontrolu ke svému registrujícímu gynekologovi nebo na nejbližší gynekologicko-porodnické pracoviště.

5. Alternativy výkonu

Po porodu hospitalizace na oddělení šestinedělí.

Část B)
INFORMOVANÝ SOUHLAS
SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU

Ambulantní porod

**Jméno a příjmení pacientky,
rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny,
adresa bydliště:**

Prohlašuji, že jsem vysvětlila podstatu a výhody zdravotní služby (výkonu) pacientce (zák. zást. pacientky) způsobem, který byl podle mého soudu pro ni/něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ji seznámil/a s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi.

Seznámil/a jsem pacientku (zák. zástupce pacientky) s možnými alternativami navrhovaného výkonu a s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Jméno a příjmení lékařky/lékaře:

Podpis: Datum:

Pacientka (zák. zástupce)

- 1) Přečtěte si laskavě pozorně informace na všech stranách formuláře informovaného souhlasu částí A i B.
- 2) Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, pacientka (zák. zástupce):

Prohlašuji, že jsem lékařem byla srozumitelně informována o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného v části A i B, byla jsem též informována o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byla jsem rovněž informována o možných problémech během uzdravování.

Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným zdravotním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměna s tím, že uvedený zdravotní výkon nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Podpis pacientky:
(zák. zástupce pacientky)

Datum:

V případě, že se pacientka nemůže podepsat:

Důvod:	
Způsob projevu souhlasu:	

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis svědka