

Poučenie a informovaný súhlas pacienta / zákonného zástupcu s poskytnutím zdravotnej starostlivosti počas hospitalizácie v NÚDTaRCH, n.o. Dolný Smokovec

Meno a priezvisko pacienta:

Vaše dieťa je hospitalizované v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o. Dolný Smokovec. Na základe údajov získaných pri odoberaní anamnézy a z dostupnej zdravotnej dokumentácie bude mať počas hospitalizácie zrealizované vyšetrenia za účelom dif. diagnostiky, stanovenia záverečnej diagnózy event. kontroly zdravotného stavu s následným ordinovaním a odporúčaním adekvátnej liečby.

Vyšetrenia budú ordinované ošetrojúcim lekárom po starostlivom zhodnotení potrieb Vášho dieťaťa (môže sa jednať o odber biologického materiálu (krv, moč, výtery...), CI v pote, ORL vyšetrenie, funkčné vyšetrenie pľúc (vyšetrenie v klúde, vyšetrenie po záťaži behom, vyšetrenie po podaní bronchokonstrikčne účinkujúcej látky, vyšetrenie po podaní bronchodilatačne účinkujúcej látky, vyšetrenie v bodypletyzmografickej kabíne, vyšetrenie pľúcnej compliance), Rtg vyšetrenie pľúc, Rtg vyšetrenie prínosových dutín*), CT vyšetrenie pľúc, Water-siphon test ev. 24-hod. pH-metria, USG vyšetrenie, kožné testy, kožné vyšetrenie, očné vyšetrenie, rinomanometriu, vyšetrenie psychológom ai.

V prípade potreby náročnejších vyšetrení (bronchoskopia, fibrolaryngoskopia, gastroskopia) alebo pri potrebe vyšetrenia v celkovej anestézii **bude pacient - zákonný zástupca** vždy informovaný, čo potvrdí podpísaním konkrétneho informovaného súhlasu s daným vyšetrením.

Výnimkou z povinnosti žiadať o udelenie informovaného súhlasu bude:

- riešenie akútneho stavu (vdýchnuté cudzie teleso, úraz, akútne problémy s bruchom a pod.),
- nižšie vyznačený súhlas s voľbou vyšetrení podľa rozhodnutia lekára

V prípade potreby ďalších (okrem vyššie spomenutých) vyšetrení**:

- ☐ Ponechávam túto voľbu plne na rozhodnutí ošetrojúceho lekára, ev. primára odd.
 - ☐ Žiadam si vyžiadanie môjho súhlasu s rozšírením vyšetrení
- **nehodiace sa preškrtnite**

V prípade úrazu alebo akútneho zhoršenia klinického stavu (napr. zápal slepého čreva...) bude pacient vyšetrený a liečený okamžite na príslušnom pracovisku (podľa potreby aj preložený na špecializované oddelenie) s následným, čo najskorším informovaním rodiča alebo zákonného zástupcu.

Iné požiadavky:

Napriek dostatočným informáciám a odporúčaniam lekára si neželám, aby môjmu dieťaťu počas hospitalizácie bolo zrealizované:.....

.....

Potreba tohto vyšetrenia mi bola lekárom dostatočne vysvetlená, mal/a som dostatok času klásť otázky a tieto mi boli dostatočne zodpovedané. Som si vedomý/á skutočnosti, že toto vyšetrenie môže byť chýbajúcim článkom ku zisteniu problémov môjho dieťaťa a s tým súvisiacou liečbou. Toto rozhodnutie som urobil/a slobodne, bez nátlaku.

S realizáciou súhlasím len v prípade, že výsledky ostatných vyšetrení, o ktorých som bol/a informovaný/á nebudú dostačujúce.

S realizáciou súhlasím len v prípade akútneho zhoršenia zdravotného stavu.

Otázky zákonného zástupcu:

-
-
-

Odpoveď lekára:

-
-
-

Informovaný súhlas rodiča / zákonného zástupcu

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Ja, dolupodpísaný/-á

Meno a priezvisko rodiča/zákonného zástupcu:

.....

potvrdzujem, že som bol/-a zrozumiteľným spôsobom:

- oboznámený/á so svojimi právami podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. a bol/a som poučený/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á so skutočnosťou, v Národnom ústave detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o., je zriadená Klinika detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, ktorá je výučbovou základňou JLF UK v Martine.
- zároveň **súhlasím/nesúhlasím** s prítomnosťou a aktívnou účasťou študentov JLF UK pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- všetkým informáciám som porozumel/a. Mal/-a som možnosť klásť otázky a na všetky moje otázky mi bolo primerane odpovedané.

Vyhlasujem, že som zdravotníckemu personálu poskytol(a) pravdivé informácie o zdravotnom stave dieťaťa a o všetkých známych alergiách alebo ochoreniach.

Na základe uvedených informácií:

- ☐ Súhlasím s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.
- ☐ Nesúhlasím s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

V dňa

Podpis rodiča/zákonného zástupcu:

Potvrdzujem, že som osobne vysvetlil/a/ povahu ochorenia podľa dostupných údajov, podstatu a význam navrhovaného diagnostického a liečebného postupu, ako aj predvídateľné následky a riziká vyplývajúce zo zvoleného postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Pacient – zákonný zástupca bol poučený nielen o možnostiach voľby, ale aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Pečiatka a podpis lekára, ktorý poskytol poučenie: