

## **Poučenie a informovaný súhlas pacienta – zákonného zástupcu\* pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti počas hospitalizácie v NÚDTaRCH, n.o. Dolný Smokovec**

### **Meno pacienta:**

### **Rodné číslo:**

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 kľude, 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<sup>1)</sup>, 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, gastroscopia) 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 brušom 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.

---

\* NÚDTaRCH, n.o. Dolný Smokovec ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zabezpečuje archiváciu osobných údajov získaných z digitálnej RTG snímky v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679 z 27.4.2016 o ochrane fyzických osôb pri spracovaní osobných údajov a voľnom pohybe takýchto údajov a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v informačnom systéme AMIS\*PACS FlexiServer.

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.

### **Lekár poskytujúci poučenie:**

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.

.....  
Meno a priezvisko lekára (paličkovým písmom)

Dátum:

Podpis:

### **Súhlas zákonného zástupcu\***

**Meno zákonného zástupcu:** \_\_\_\_\_

**Vzťah ku maloletému:** \_\_\_\_\_

Potvrdzujem, že v rámci poskytnutia informovaného súhlasu som bol/a 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 účasťou môjho dieťaťa na výučbe klinických predmetov a s prítomnosťou a aktívnou účasťou študentov JLF UK pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Poučenie mi bolo podané lekárom zrozumiteľne, ohľaduplne – primerane zdravotnému stavu, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom sa slobodne rozhodnúť pre informovaný súhlas. Pri podpísaní tohto súhlasu nemám ďalšie otázky.

Prehlasujem, že poučenie neodmietam a svojim podpisom dávam preukázateľný (informovaný) súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

**Dátum:** \_\_\_\_\_ **Podpis zákonného zástupcu:** \_\_\_\_\_

\* zákonný zástupca je rodič, opatrovník alebo osoba, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti.