



Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: Hospitalizace ke konzervativní léčbě, vyšetření a observaci

.....

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Charakter Vašich zdravotních potíží je důvodem k hospitalizaci na ortopedickém oddělení. Během pobytu na ortopedickém oddělení budou provedena lékařská a laboratorní vyšetření v rozsahu odpovídajícím Vašemu zdravotnímu stavu. Během hospitalizace budete dostávat potřebné léky a není vyloučeno, že Vám bude určen léčebný režim zahrnující tělesné šetření, odlehčení končetin nebo použití ortopedických pomůcek, ortéz a dlah.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Nejedná se o pobyt spojený s invazivními zákroky, tedy ani předpokládané následky pobytu nejsou závažné. Existujícím rizikem jsou nemocniční, nozokomiální nákazy, kdy během pobytu v nemocnici nelze toto riziko zcela eliminovat.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Přesná specifikace rizik závisí na konkrétně zvolených postupech a důvodu hospitalizace. Se změnou mobility nebo klidovým režimem na lůžku se zvyšuje riziko flebotrombózy, v indikovaných případech budete dostávat léky ovlivňující srážlivost krve jako prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Během hospitalizace může dojít k exacerbaci Vašich chronických zdravotních potíží, jako je např. diabetes, hypertenze, neurologická onemocnění a jiné/. V případě podávání medikamentů může dojít k alergické reakci, pokud jste alergici, sdělte to přijímajícímu lékaři. Během pobytu v nemocnici může vzniknout tzv. hospitalismus s alterací psychického stavu.

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Alternativou je léčení probíhající ambulantně, ale to z povahy ambulantní péče obvykle nedovolí tak intenzivní léčebné a vyšetřovací postupy, jako hospitalizace.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu

Z pobytu na ortopedickém, oddělení vyvstávají omezení plynoucí z hospitalizace, omezené soukromí, nutnost dodržování léčebného režimu apod. Na detailní informace se ptejte přijímajícího lékaře a pak průběžně svého ošetřujícího lékaře.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Na hospitalizaci navazuje ambulantní léčení, podrobné informace obdržíte při svém propuštění a stejné informace budou uvedené ve Vaší propouštěcí zprávě.

Případné poznámky, řešené problémy a upřesnění:

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:.....

Podpis lékaře:.....

Datum.....