

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (INFORMOVANÝ SOUHLAS)

Vážená paní, vážený pane,

lékař Vám doporučil provedení screeningového vyšetření sluchu u Vašeho dítěte. Screeningové vyšetření sluchu je v Nemocnici Šumperk prováděno dle Metodického pokynu vydaného Ministerstvem zdravotnictví České republiky (částka 7/2012), s pomocí přístroje, který pracuje na principu projevu aktivity zevních vláskových buněk sluchového aparátu na zvukový podnět. Na Vaše další případné dotazy Vám odpoví ošetřující lékař.

A) SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ SLUCHU

1. Co je screeningové vyšetření sluchu - screening sluchu je vyšetření, jehož cílem je včasný záchyt vrozené poruchy sluchu u dětí a zajištění případné následné péče tak, aby se zamezilo zejména opoždění vývoje komunikačních schopností u těchto dětí.
2. Kdy se provádí – základní vyšetření je možné provést od 2. dne po porodu.
3. Průběh vyšetření – vyšetření se provádí se jednoduchým, nebolestivým měřením. Dítě během výkonu spí. Porodní asistentka/dětská sestra do zvukovodu dítěte velmi jemně vloží malý klobouček, ve kterém je malý mikrofón s měřičem odpovědi. Přístroj vysílá slabý zvukový podnět a zaznamenává odpovědi sluchového ústrojí.
Pokud dojde k vyvolání odezvy, označuje se vyšetření jako pozitivní a znamená to, že je zevní část sluchové dráhy v pořádku (poruchy vnitřní části sluchové dráhy jsou velmi vzácné).
V případě negativního vyšetření, tedy vyšetření bez získané odpovědi, je potřeba jej zopakovat. Teprve tehdy, když jsou i opakovaná vyšetření bez odpovědi, lze vyslovit podezření na poruchu sluchu a je potřeba důkladnější vyšetření.
4. Předpokládaný prospěch zdravotního výkonu - screening tak umožní v případě potřeby včasnou diagnózu a velmi výrazně zkrátí čas pro zahájení vhodné rehabilitace.

B) INFORMOVANÝ SOUHLAS

--

(jméno, příjmení, rodné číslo dítěte)

Já, níže podepsaný:

--

zákonný zástupce dítěte (jméno, příjmení, datum narození, bydliště):

p r o h l a š u j i, že mne lékař podrobně informoval a poučil o výše uvedeném screeningovém vyšetření.

- Všechny informace mi byly sděleny srozumitelně, bylo mi umožněno vše si rozvážit, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.
- Byl/a jsem poučen/a o mém právu svobodně se rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotních služeb. Poučení považuji za dostatečné, nemám další otázky. Byl/a jsem poučen/a, že tento souhlas/nesouhlas mohu kdykoli odvolat svým písemným vyjádřením.

 souhlasím s navrhovaným vyšetřením nesouhlasím s navrhovaným vyšetřením

V Šumperku dne: v hodin

.....
Podpis zákonného zástupce.....
Podpis lékaře