

## Sledování vitálních funkcí u novorozence

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

Zákonný zástupce byl poučen o zdravotním stavu dítěte a potřebném výkonu:

#### **Sledování vitálních (životních) funkcí u právě narozeného dítěte.**

Zákonný zástupce byl výslovně informován o tom, že v rámci bezpečného poskytování zdravotní péče je žádoucí, aby se dítě podrobilo navrženému výkonu:

**Během pobytu na porodním sále jsou životní funkce dítěte (tepová frekvence, saturace-nasycení krve kyslíkem) trvale monitorovány přístrojem, který se nazývá pulzní oxymetr. Toto opatření je velmi důležité z hlediska zajištění bezpečné péče o dítě, pomáhá při časném odhalení možných adaptačních a dechových potíží, apnoických pauz (stavy bezdeší), které jej mohou ohrozit na životě.**

**Po narození dítěte zůstává rodička ještě dvě hodiny po porodu na porodním sále. Během této doby dítě pokládáme na hrudník matky. Abychom předešli komplikacím, sledujeme vitální funkce dítěte. Zdravotnický pracovník připevní saturační čidlo na horní nebo dolní končetinu dítěte a napojí na pulzní oxymetr. Vyšetření je nebolestivé, neinvazivní, nijak neomezuje dítě ani matku.**

Zákonný zástupce byl náležitě informován a bylo mu vysvětleno, jaké důsledky bude mít odmítnutí navrhovaného výkonu pro další život dítěte, a jeho zdravotní stav, byl upozorněn na konkrétní možné následky odmítnutí zdravotní péče:

**Nejzávažnějším rizikem nezajištění sledování životních funkcí je pozdní záchyt apnoické pauzy u dítěte. Apnoická pauza je bezdeší trvající déle než 20 vteřin s poklesem saturace kyslíku (nasycení krve kyslíkem), doprovázená bradykardií (poklesem srdeční frekvence) až asystolií (zástava srdeční frekvence). Z toho plyne riziko poškození orgánů nedostatečným zásobením kyslíkem.**

**Tyto potíže mohou nastat u každého dítěte, jsou životu nebezpečné a mohou být příčinou náhlého a neočekávaného úmrtí dítěte.**

Zákonný zástupce měl možnost v rozhovoru s lékařem při podání náležitého vysvětlení, klást doplňující otázky a tyto mu byly zodpovězeny.

#### **Zákonný zástupce po provedeném poučení lékařem prohlašuje a podpisem potvrzuje:**

- Byl jsem lékařem poučen o zdravotním stavu dítěte, o potřebných výkonech a byl jsem výslovně informován o tom, že je žádoucí aby se dítě podrobilo navrhovanému výkonu.
- Lékařem mi bylo vysvětleno, jaké důsledky může mít mé odmítnutí potřebného výkonu pro další život dítěte a jeho zdravotní stav. Byl jsem upozorněn na možné následky odmítnutí navržené a potřebné zdravotní péče.
- Bylo mi umožněno klást lékařovi doplňující otázky a tyto mi byly zodpovězeny.
- Prohlašuji, že přes uvedené poučení, kterému jsem v plném rozsahu porozuměl, odmítám lékařem doporučený výkon péče.

Svým podpisem stvrzuji, že mi byly poskytnuty plnohodnotné a vyčerpávající informace, které byly pro mne srozumitelné. Porozuměl jsem poučení o tom, že své stanovisko k navrženému postupu mohu změnit. O takovém postupu se vždy provede obdobný záznam.

Prohlašuji, že toto rozhodnutí činím zcela svobodně a vážně, při plném vědomí a potvrzuji vlastnoručním podpisem, že s navrhovaným postupem nesouhlasím.

\_\_\_\_\_

**Datum a čas zápisu**

\_\_\_\_\_

**Podpis zákonného zástupce**

\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení svědka**

\_\_\_\_\_

**Podpis svědka**

\_\_\_\_\_

**Razítko zdravotnického zařízení**

\_\_\_\_\_

**Jméno, příjmení a podpis lékaře**

\_\_\_\_\_

Odmítá li zákonný zástupce podepsat prohlášení o odmítnutí zdravotní péče: musí být opatřeno prohlášením svědka, že zákonný zástupce pacienta byl poučen a informován, odmítá potřebnou zdravotní péči a současně odmítá podepsat toto prohlášení.

Prohlášení svědka musí být potvrzeno jeho podpisem a uvedením jména a příjmení.

\_\_\_\_\_

**Datum a čas zápisu**

\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení svědka**

\_\_\_\_\_

**Podpis svědka**

\_\_\_\_\_

Nemůže-li zákonný zástupce s ohledem na svůj zdravotní stav tento dokument podepsat: opatří se záznam podpisem svědka a uvedou se důvody, pro které nemohl zákonný zástupce záznam podepsat a způsob jak projevil svoji vůli – nesouhlas s navrhovanou zdravotní péčí:

Svědkiem může být další zdravotnický pracovník nebo jiné osoby z okruhu osob blízkých zákonnému zástupci, u kterých vyslovil zákonný zástupce souhlas s tím, aby byly informovány o zdravotním stavu dítěte.

\_\_\_\_\_

**Datum a čas zápisu**

\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení svědka**

\_\_\_\_\_

**Podpis svědka**