



Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/69, 767 01 Kroměříž
IČ: 27660532 DIČ: CZ27660532
Telefon: 573 322 111, e-mail: post@nem-km.cz
Gynekologicko-porodnické oddělení tel.: 573 322 236

**IS
GYN
33**

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Porodní plán

Identifikační štítek
pacienta

Naší snahou je, abyste prožila porod v pohodě a podle svých představ. Rádi bychom Vám, vedle našich odborných rad a pomoci, dali prostor k vyjádření Vašich přání a požadavků ohledně Vašeho porodu.

Porodní plán by měl do jisté míry zastoupit tlumočnicka mezi Vámi a ošetřujícím personálem. Stává se, že rodičky s postupem porodního procesu ztrácejí sílu vysvětlovat, co a jak by si přály.

Porod je jedinečnou událostí, těžko lze předpokládat, jaký bude jeho průběh, proto Vás musíme upozornit, že mohou nastat situace, kdy nebude možné splnit všechny Vaše požadavky. Ošetřující personál Vám vždy každou situaci vysvětlí, včetně všech možných alternativ. Máte právo nesouhlasit s doporučenými postupy a tento svůj nesouhlas sdělit písemně nebo ústně.

Porodní plán bude součástí Vaší dokumentace, odevzdejte jej proto při příjmu na porodním sále.

Děkujeme za spolupráci.

Můj postoj k porodu:

Moje obavy týkající se porodu nebo pobytu v nemocnici:

V průběhu těhotenství jsem se k porodu připravovala

- ANO, jakým způsobem (např. v kurzu pro těhotné, odborná literatura, samostudium)
- NE

Mým doprovodem u porodu bude:

.....

Preferuji porod:

- přirozený s porodní asistentkou
- lékařské vedení porodu
- ponechám na personálu

Lékařské zásahy před a během porodu:

- chci konzultovat a zvážit
- ponechám na personálu

Způsob vyprázdnění:

- klystýr
- bez vyprázdnění

Holení:

- ANO
- NE
- již jsem oholena

Chci během porodu využít nefarmakologické prostředky, jako např. polohování, masáže, míč, žíněnku, aromaterapii, přítmi, muzikoterapii, suché teplo, vag. bylinnou napáčku, stoličku se závěsem aj.

- ANO
- NE

Pokud se rozhodnu pro farmakologické tlumení bolesti, dám přednost:

- analgetikům:

- ANO
- NE

- epidurální analgezií:

- ANO
- NE

Druhou dobu porodní si přeji strávit:

- na porodním křesle
- na porodnické stoličce
- na vaku
- na žíněnce
- v poloze, do které sama dospěji

Nástřih:

- ano, v případě pokud hrozí velké porodní poranění
- ne

Pupečník přestřihne můj doprovod u porodu:

- ANO
- NE

Mám zájem o bonding:

- ANO
- NE

Po dobu, kterou strávím po porodu na porodním sále, chci mít dítě u sebe, pokud to můj zdravotní stav i mého dítěte dovolí:

- ANO
 - NE
-

Přeji si, aby bylo po dvou hodinách po porodu mé dítě koupano na novorozeneckém oddělení:

- ANO
 - NE
-

Vyžaduji plný rooming-in:

- ANO
 - NE
-

Ambulantní porod:

- ANO
 - NE
-

Chci mít možnost v případě únavy či vyčerpání, umístit své dítě na pár hodin na novorozenecké oddělení:

- ANO
- NE

Mám zájem o pobyt na pokoji s nadstandartním vybavením (akceptuji výši poplatku dle aktuálního ceníku KMN a.s.):

- ANO
- NE

Mám zájem o pobyt na pokoji s nadstandartním vybavením s partnerem (akceptuji výši poplatku dle aktuálního ceníku KMN a.s.):

- ANO
 - NE
-

Máte nějaké jiné přání, uveďte, prosím:

Lékař, který poskytl poučení:

Já, níže podepsaná, tímto prohlašuji, že jsem byla poučena shora uvedeným lékařem o svém zdravotním stavu a výkonech, které jsou třeba v rámci řádné péče o mé zdraví. Prohlašuji, že mi bylo zdravotnickým pracovníkem **sděleno a vysvětleno**:

- **Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby**
- **Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu**
- **Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby**
- **Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.**

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych lékaři, který mi podával vysvětlení, **kladla doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměla, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas**.

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře _____

Podpis svědka _____