

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Ambulantní porod**Identifikační štítek  
pacienta**Účel, povaha a předpokládaný prospěch:**

**Ambulantní porod** znamená, že zdravá matka odchází se zdravým novorozencem domů nejdříve 2 hodiny po porodu, který proběhl ve zdravotnickém zařízení (porodnice Kroměřížské nemocnice a.s.). Podmínkou pro ambulantní porod je normální fyziologický porod v termínu po 38.týdnu gravidity, bez přítomnosti rizikových faktorů, nekomplikovaného zdravotního stavu matky i novorozence a dobrá poporodní adaptace novorozence.

**Zůstat po porodu v porodnici jednoznačně doporučujeme.** Důvodem je skutečnost, že při hospitalizaci je rodička pod odborným dohledem, provádí se řada potřebných vyšetření (krevní testy, kontrolní ultrazvukové vyšetření), kontroluje se celkový stav rodičky, poporodní krvácení, zavinování dělohy apod. a řeší se případné komplikace - silné krvácení z rodidel, které může být až život ohrožující, tromboembolické komplikace, či infekční komplikace.

**Režim rodičky před a v průběhu porodu:**

Při příjmu na porodnické oddělení je nutné lékaři ihned sdělit, že v případě, pokud to Váš zdravotní stav a stav Vašeho dítěte umožní, si přejete odejít domů hned po porodu. Režim rodičky je shodný s režimem při spontánním porodu.

**Režim rodičky po porodu (po propuštění do domácího ošetřování):**

Rodička se dostaví 3. poporodní den ke kontrolnímu ultrazvukovému vyšetření do gynekologické ambulance Kroměřížské nemocnice a.s., při jakýchkoliv potížích navštíví svého obvodního gynekologa nebo vyhledá pohotovost gynekologického oddělení KMN a.s..

**Alternativa výkonu:**

Spontánní vedení porodu se standardní dobou hospitalizace.

**Při propuštění bude vyžadováno podepsání Prohlášení o odmítnutí vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tzv. negativní revers.**

Negativní revers je písemné prohlášení rodičky (pacienta), že i přes doporučení a informace poskytnuté ošetřujícím lékařem tyto pacient nehodlá podstoupit, resp. jejich poskytnutí odmítá. V kontextu výše uvedeném zde konkrétně půjde o odmítnutí zdravotní péče pro předejití ohrožení zdraví a života jak Vašeho, tak i novorozence. Kroměřížská nemocnice a.s. jako poskytovatel zdravotních služeb v souladu se zákonem, schválenými standardy a doporučeními, Vám totiž bude povinna nabídnout, v návaznosti na provedený porod, poskytnutí zdravotních služeb spočívajících zejména v nezbytných vyšetřeních a zajištění dohledu (monitoringu zdraví) zdravotnickým personálem v následujícím období. Podpisem negativního reverzu tak v plné míře přijímáte odpovědnost za případné vážné poškození zdraví a života nejen Vašeho, ale i novorozence, způsobené neprovedením příslušných zdravotních služeb nabídnutých Kroměřížskou

**Ptejte se prosím na všechno, co považujete pro Vás za důležité!**

**Pacientka (jméno, příjmení, rodné číslo):** \_\_\_\_\_

**Já, níže podepsaná, tímto prohlašuji, že jsem byla poučena o výkonu: AMBULANTNÍ POROD**

**Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:**

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu.
- 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 byla jsem poučena 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 indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **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 s výkonem**.

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, hod. \_\_\_\_\_

Podpis pacienta \_\_\_\_\_  
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka \_\_\_\_\_

Podpis svědka<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.