



**Pracoviště medicíny
dospělého věku**

JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

**Pracoviště
reprodukční medicíny**

OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

**Pracoviště
dětské medicíny**

ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta:RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce*.....

Klinika / oddělení: **Oddělení 56 NJIP, Pediatrické kliniky FN Brno**

Seznámení provádějící lékař:

Plánovaný výkon: **časná neonatální rekonstrukce rtu v celkové anestézii**

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem **sděleno a vysvětleno**:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu**.

V dne: čas:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

Svědék:



Fakultní nemocnice Brno

se sídlem Jihlavská 20, 625 00 Brno, IČ: 65269705

Pracoviště medicíny dospělého věku

JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

Pracoviště reprodukční medicíny

OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

Pracoviště dětské medicíny

ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

jméno a příjmení

podpis

Příloha k informovanému souhlasu

s plánovaným výkonem: časná neonatální rekonstrukce rtu v celkové anestézii

- **účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:**

Prospěch: zlepšení příjmu stravy, omezení respiračních infekcí, úprava kosmetického vzhledu

Rizika: přechodné dechové potíže po operaci, zánět, zhoršené hojení operační rány

- **alternativa plánovaného výkonu, možnost zvolit si jednu z alternativ:**

operace v pozdějším (kojeneckém) věku

- **možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:**

0

- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:**

Pobyt v nemocnici cca 8 dní, z toho JIP 1-3 dny. Nitrožilní výživa 1-3 dny.

četl:

jméno pacienta (zákonného zástupce)

V dne:

podpis:

pacient (zákonný zástupce)