# Informovaný souhlas s péčí o novorozence

V souladu s ustanovením § 31, § 28 a § 34 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, prohlašuji, že jako zákonný zástupce dítěte:

**Jméno a příjmení dítěte:** ……

**Datum narození dítěte:** ……

dávám svůj svobodný a informovaný souhlas s poskytnutím níže uvedených zdravotních služeb:

**Bonding:** Podporujeme raný kontakt matky a dítěte kůži na kůži ihned po porodu, s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu novorozence a matky. Po narození přebírají novorozence do péče dětská sestra a lékař novorozeneckého oddělení. Bonding umožňujeme u spontánního porodu a též jsme nakloněni k bondingu kůže na kůži u plánovaného císařského řezu při plném vědomí matky od gestačního stáří novorozence 39+0. Bonding provádíme s ohledem na co možná největší bezpečnost a za předpokladu dobré poporodní adaptace dítěte. V případě pochybností rozhoduje lékař novorozeneckého oddělení. Novorozenec je otřen na těle matky sterilní plenou a je překryt nahřátou osuškou a dekou. Pupečník necháváme dotepat. Sestra zajistí tepelný komfort při bondingu a pomáhá s prvním přisátím novorozence. Novorozenec má připnutý pulsní oxymetr na sledování vitálních funkcí.
**Přínos:** Vytvoření citové vazby mezi matkou a novorozencem, lepší poporodní adaptace, usnadnění přisátí a rychlejší nástup laktace, podpora dlouhodobého kojení zmírnění poporodního krvácení, podpora zavinutí dělohy
**Riziko:** Z důvodu naplnění dýchacích cest sekretem je nutné uložit dítě tak, aby bylo dosaženo zprůchodnění dýchacích cest, jedná se o polohu na boku, nos a ústa jsou volná, obličej není hluboko zabořen do vašeho hrudníku či mezi prsa. V případě nesprávné polohy novorozence může dojít k jeho přidušení. V průběhu bondingu věnujte novorozenci maximální pozornost! V případě, že byste z jakýchkoli důvodů nemohla pozornost novorozenci věnovat, anebo by se novorozenec nestandartně projevoval (změna barvy, nepravidelnost dýchání apod.), okamžitě uvědomte personál. Pro větší bezpečnost bude mít novorozenec na ručičce upevněn pulzní oxymetr.

**Souhlasím s bondingem:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**První ošetření a vyšetření novorozence:** Probíhá nejpozději do dvou hodin po porodu. U spontánního nekomplikovaného porodu je vždy přítomna dětská sestra, která u novorozence provede první ošetření. Zhodnotí jeho celkový stav a poporodní adaptaci, novorozence zváží, změří, označí jmenovkou a číslem, zkontroluje tělesnou teplotu. V následujících hodinách prohlédne novorozence pediatr.
Novorozence koupeme nejdříve za 24 hodin od porodu. Při zhoršené poporodní adaptaci rozhodne lékař, zda novorozenec může zůstat s matkou na porodním sále, nebo je přemístěn na observační box.

**Souhlasím s prvním ošetřením a vyšetřením:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

Sestra aplikuje do spojivkového vaku **Ophtalmo-septonex.**
**Přínos:** Prevence zánětu spojivek způsobeným bakteriemi přítomnými v sekretu porodních cest.
**Riziko:** U citlivých jedinců možné zvýšené prokrvení spojivek.

**Souhlasím s kredeizací:**

**(vykapáním očí Ophtalmo-septonexem)** ☐ **ANO** ☐ **NE**

Po dvou hodinách dětská sestra aplikuje **vitamin K** injekčně do svalu.
**Přínos:** Prevence krvácivé nemoci novorozence, odvrácení možného pozdějšího krvácení do orgánů novorozence.
**Riziko:** Reakce v místě podání, lehké zarudnutí v místě podání.
Alternativa je podání **vitaminu K ve formě kapiček.**
**Riziko:** Nedostatečné vstřebání z důvodu zvracení novorozence, pocení, vyrážka.

**Souhlasím s podáním vitamínu K injekčně do svalu:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Zdravotní péče o novorozence se závažnou poruchou poporodní adaptace**: O zdravotním stavu novorozence vždy rozhoduje lékař. Rodiče jsou informováni o zdravotním stavu a dalších postupech v péči o novorozence. Při závažných stavech je potřeba překladu na vyšší specializované pracoviště. Před převozem se zajišťuje žilní vstup pro odběry nebo infuze. O všem jsou rodiče informováni.

**Souhlasím s tímto postupem:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Rooming in:** Plně podporujeme rooming in. Při normální poporodní adaptaci je novorozenec po celou dobu hospitalizace na pokoji společně s matkou. Dětská sestra řádně edukuje matku, otce, ev. její doprovod v péči o novorozence, pravidelně dohlíží na správnou techniku kojení a podporuje matku ke správnému rozvinutí laktace. Nedoporučuje se používání dudlíků a saviček, které by mohli narušit správnou techniku sání. S novorozencem se po oddělení pohybují výhradně v postýlce (prevence pádu). Novorozenec spí v postýlce se zapnutým monitorem dechu (prevence zalehnutí, udušení). Plně podporujeme klokánkování. Napomáháme upevňovat citovou vazbu mezi matkou a novorozencem. Veškerou odpovědnost za novorozence přebírá matka, otec, ev. doprovod novorozence.
Při vyšetřování novorozence přítomnost rodičů žádoucí.

**Souhlasím:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**<u>Provádění screeningových a jiných vyšetření:</u>**

**Ortopedické vyšetření kyčlí:** Provádí ortoped na našem oddělení za přítomnosti rodičů.

**Souhlasím s vyšetřením kyčlí:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Vyšetření otoakustických emisí:** První orientační vyšetření sluchu, pomocí přístroje, za přítomnosti rodičů, lékař vysvětlí průběh, výhody i rizika vyšetření

**Souhlasím s vyšetřením sluchu:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Vyšetření katarakty (zákal oční čočky):** Provádí se ophtalmoskopem, za přítomnosti rodičů, lékař vysvětlí průběh, výhody i rizika vyšetření

**Souhlasím s vyšetřením očí:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Vyšetření vrozených metabolických vad:** Provádí se odběrem krve z patičky, rodiče dostanou informovaný souhlas, kde jsou všechny potřebné informace.

**Souhlasím s vyšetřením vrozených metabolických vad:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Pupeční pahýl:** Pupeční pahýl necháváme samovolně odpadnout.

**Souhlasím:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Fototerapie:** Denně sledujeme vývoj novorozenecké žloutenky, každý den při vizitě pomocí tzv. Bilirubinometru zjišťujeme hodnotu naměřeného bilirubinu, výsledek je pouze informační. Při vyšších hodnotách je potřeba odběr krve ke stanovení přesné hladiny bilirubinu v laboratoři. Dle hodnoty bilirubinu a dalších důležitých faktorů lékař rozhodne o dalším postupu ev. léčbě – fototerapii, která probíhá v inkubátoru na observačním boxu. U novorozence se po celou dobu fototerapie měří fyziologické funkce, matce se novorozenec nosí pouze na kojení.
**Riziko:** Přehřátí, poškození zraku, apnoická pauza. Vzhledem k těmto skutečnostem je novorozenec pravidelně monitorován, v případě, že fototerapie nezabírá a hodnota bilirubinu je alarmující, přistupujeme k výměnné krevní transfuzi na pracovišti vyššího typu.

**Souhlasím s fototerapií:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

V některých případech je u novorozence potřeba vyšetření mimo oddělení neonatologie. Novorozence doprovází rodič s pomocným zdravotnickým personálem, pokud nemůže být rodič přítomen, přebírá za novorozence po dobu vyšetření plnou zodpovědnost zdravotnický personál.

**Souhlasím:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Propuštění:** Domů novorozence propouštíme po uplynutí 72 hodin od porodu, kdy začíná přibírat na váze, je bez novorozenecké žloutenky, nezvrací, močí a vylučuje stolici. Z porodnice je možné odejít i dříve buď v rámci komunitní péče anebo formou ambulantního porodu. Podporujeme matku i novorozence v domácím prostředí využitím našeho laktačního poradenství.

**Souhlasím:** ☐ **ANO** ☐ **NE**

**Prohlašuji, že jsme četl/a výše uvedené informace a měl/a možnost dotázat se na podrobnosti týkající se této problematiky; prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením rozuměl/a.**

V Roudnici nad Labem dne ….....

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte: ……

Podpis: ……

Jméno a příjmení lékaře/ sestry, který zákonnému zástupci dítěte informace poskytl:

……..

Podpis: ……

**Tato část se vyplňuje jen, pokud zákonný zástupce odmítne či nemůže souhlas podepsat*):**

Jméno, příjmení svědka, pokud zákonný zástupce odmítl tento záznam podepsat:

……..

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost že zákonný zástupce odmítl shora uvedené zdravotní služby, které měly být poskytnuty novorozenci a současně odmítl podepsat tento souhlas.

V Roudnici nad Labem dne ….....

Podpis svědka: ……

**Pro případ, že se zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:**

Důvod, pro který se zákonný zástupce nemohl podepsat: ……..

Způsob, jak zákonný zástupce projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob): ……

……

**Vysvětlivky:**
*) Odmítá-li zákonný zástupce souhlas podepsat, opatří se souhlas jménem, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen