

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (INFORMOVANÝ SOUHLAS)

Vážená paní, vážený pane,

lékař Vám doporučil provedení screeningového vyšetření sluchu u Vašeho dítěte. Screeningové vyšetření sluchu je v Nemocnici Šumperk prováděno dle Metodického pokynu vydaného Ministerstvem zdravotnictví České republiky (částka 7/2012), s pomocí přístroje, který pracuje na principu projevu aktivity zevních vláskových buněk sluchového aparátu na zvukový podnět. Na Vaše další případné dotazy Vám odpoví ošetřující lékař.

A) SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ SLUCHU

- 1. Co je screeningové vyšetření sluchu** - screening sluchu je vyšetření, jehož cílem je včasný záchyt vrozené poruchy sluchu u dětí a zajištění případné následné péče tak, aby se zamezilo zejména opoždění vývoje komunikačních schopností u těchto dětí.
- 2. Kdy se provádí** – základní vyšetření je možné provést od 2. dne po porodu.
- 3. Průběh vyšetření** – vyšetření se provádí se jednoduchým, nebolestivým měřením. Dítě během výkonu spí. Porodní asistentka/dětská sestra do zvukovodu dítěte velmi jemně vloží malý klobouček, ve kterém je malý mikrofon s měřičem odpovědi. Přístroj vysílá slabý zvukový podnět a zaznamenává odpovědi sluchového ústrojí.

Pokud dojde k vyvolání odezvy, označuje se vyšetření jako **pozitivní** a znamená to, že je zevní část sluchové dráhy v pořádku (poruchy vnitřní části sluchové dráhy jsou velmi vzácné).

V případě **negativního** vyšetření, tedy vyšetření bez získané odpovědi, je potřeba jej zopakovat. Teprve tehdy, když jsou i opakovaná vyšetření bez odpovědi, lze vyslovit podezření na poruchu sluchu a je potřeba důkladnější vyšetření.

- 4. Předpokládaný prospěch zdravotního výkonu** - screening tak umožní v případě potřeby včasnou diagnózu a velmi výrazně zkrátí čas pro zahájení vhodné rehabilitace.



B) INFORMOVANÝ SOUHLAS

--

(jméno, příjmení, rodné číslo dítěte)

Já, níže podepsaný:

▶ **zákonný zástupce dítěte** *(jméno, příjmení, datum narození, bydliště):*

p r o h l a š u j i, že mne lékař podrobně informoval a poučil o výše uvedeném screeningovém vyšetření.

▶ Všechny informace mi byly sděleny srozumitelně, bylo mi umožněno vše si rozvážit, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

▶ Byl/a jsem poučen/a o mém právu svobodně se rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotních služeb. Poučení považuji za dostatečné, nemám další otázky. Byl/a jsem poučen/a, že tento souhlas/nesouhlas mohu kdykoli odvolat svým písemným vyjádřením.

souhlasím s navrhovaným vyšetřením

nesouhlasím s navrhovaným vyšetřením

V Šumperku dne: v hodin

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Podpis lékaře