



## Informovaný souhlas

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>r. č.:</b>
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
<b>Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):</b> <b>REDUKCE POČTU PLODŮ V DĚLOZE DO 12. TÝDNE TĚHOTENSTVÍ</b>	
<b>Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:</b> Do 12. týdne těhotenství může těhotná písemně požádat o umělé přerušení těhotenství bez udání důvodů. Tímto výkonem se snižuje počet plodů v děloze. Není-li jiný důvod, ukončí se vývoj plodu uloženého blíže dnu děložnímu. Tento výkon je spojen s rizikem ztráty celého těhotenství, které nepřesahuje 5-10%.	
<b>Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:</b> Jinou možností je donošení vícečetného těhotenství. V případě vícečetných těhotenství se zkracuje délka trvání těhotenství, hrozí samovolný potrat a zvyšuje se riziko předčasného porodu.	
<b>Zdravotní výkon bude probíhat takto:</b> Redukce vícečetného těhotenství se provádí na konci I. trimestru obvykle ambulantně. Po dezinfekci břicha je pod ultrazvukovou kontrolou dlouhou tenkou jehlou přes stěnu břišní aplikován plodu léčivý přípravek, po kterém ustane jeho srdeční činnost. Nepoužívá se žádná anestezie, protože výkon je bolestivostí srovnatelný s odběrem krve ze žíly. Odumřelý plod zůstává v děloze.	
<b>Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:</b> Po výkonu je žena sledována v odpočinkové místnosti alespoň 15 minut a jakmile se cítí dobře, odchází domů.	
<b>Další potřebná léčba:</b> V případě krvácení, bolesti v podbříšku, či jiných obtíží, které lze dávat do souvislosti s tímto výkonem, dostaví se těhotná ihned do nemocničního zařízení ke kontrole.	
<b>Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:</b> V případě, že pacient je <b>nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností</b> a je přiměřeně rozumově a volně vyzpělý/á: <b>Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.</b> Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:	



## Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:	r. č.:
<p>V Praze dne</p> <p>.....</p> <p>podpis pacienta / zákonného zástupce</p> <p>.....</p> <p>podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností</p> <p><b>Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:</b></p> <p>Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:</p> <p>Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:</p> <p>.....</p> <p>jméno, příjmení a podpis svědka</p>	