



NEMOCNICE HUSTOPEČE

příspěvková organizace Jihomoravského kraje

držitel certifikátu dle ČSN EN ISO 9001:2016

Brněnská 716/41, 693 01 Hustopeče

Tel.: 519 407 311, fax: 519 407 399, e-mail: sekretariat@nemhu.cz

SEZNAM INFORMOVANÝCH SOUHLASŮ POUŽÍVANÝCH V NEMOCNICI HUSTOPEČE, p.o.

1. Souhlas pacienta při hospitalizaci – Prohlášení
2. Záznam k pohovoru s lékařem o endoskopii horního trávicího ústrojí (esophago-gastro-duodenoskopie, endosonografie)
3. Endoskopické vyšetření dolní části zažívacího traktu, konečníku, tračníku a terminálního ilea (kolonoskopie a odstranění polypu – polypektomie)
4. Poučení o výkonu a souhlas pacienta se zdravotnickými výkony
5. Revers – nesouhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče
6. Poučení o výkonu a souhlas pacienta se
 - zavedením permanentního katétru
 - zavedením centrálního žilního katétru véna subclavia
 - zavedením centrálního žilního katétru véna jugularis
 - zavedením periferního žilního katétru.
 - zavedením epidurálního katétru
 - zavedením hrudního drénu
 - zavedením nazogastriční sondy
7. Poučení o výkonu a souhlas pacienta se zdravotnickými výkony v ambulantní péči
 - A – základní interní vyšetření
 - odběr krve a ostatního biologického materiálu
 - provedení EKG záznamu
 - provedení RTG vyšetření
 - provedení UZV vyšetření
 - Aplikace injekce do svalů, žíly a podkoží
 - aplikace infuze

8. Poučení o výkonu a souhlas pacienta se zdravotnickými výkony v ambulantní péči
A – diabetologická poradna

9. Poučení o výkonu a souhlas pacienta se zdravotnickými výkony v ambulantní péči
B – základní vyšetření a chirurgické ošetření
 - Odběr krve a ostatního biologického materiálu
 - Provedení RTG vyšetření
 - Provedení UZV vyšetření
 - Aplikace injekce do svalu, žíly, podkoží
 - Aplikace infuze
 - Základní chirurgické ošetření a převaz rány

10. Poučení o výkonu a souhlas pacienta se zdravotnickými výkony v ambulantní péči
C – základní vyšetření v ortopedické ambulanci
 - Odběr krve a ostatního biologického materiálu
 - Provedení RTG vyšetření
 - Provedení UZV vyšetření
 - Aplikace injekce do svalu, žíly, podkoží
 - Aplikace infuze
 - Ortopedické vyšetření a opich kloubu

11. Omezující opatření – souhlas rodiny, uživatele, lékaře

12. Souhlas s uložením finanční hotovosti

13. Souhlas lékaře s užíváním chronické medikace pacientem na jeho vlastní žádost.