**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM**

**Screeningové vyšetření sluchu u novorozenců**

**Cíl vyšetření**

Cílem screeningu sluchu u novorozenců 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

**Informace o screeningu sluchu u novorozenců**

Základní vyšetření sluchu je možné provést krátce po narození. Provádí se jednoduchým, nebolestivým vyšetřením. Dítě dostane do zvukovodu jemnou měřící sondu, přístroj vyšleslabý zvukový podnět a zaznamenává odpovědi sluchového ústrojí. Dítě během vyšetřeníspí nebo je v bdělém klidu.

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

Negativní vyšetření – bez získané odpovědi-je potřeba opakovat. Teprve tehdy, jsou-li i opakovaná vyšetření bez odpovědi, je možné vyslovit podezření na nějakou poruchu sluchu a je potřeba důkladnější vyšetření.

Výsledek se zapisuje do zdravotnické dokumentace dítěte.

Vyšetření je plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

**Jméno a příjmení dítěte…………………………………………………………………………**

**RČ…………………………………………**

**Zdravotní pojišťovna…………………………...**

**Prohlášení lékaře**

Prohlašuji, že jsem níže uvedeného zákonného zástupce srozumitelným způsobem informoval/a o screeningu sluchu u novorozenců.

**V Jihlavě dne…………………….Podpis a jmenovka lékaře ……………………….**

**Souhlas zákonného zástupce s výkonem:**

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem by/al lékařem srozumitelně informován/a o screeningovém

vyšetření sluchu u novorozenců. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím se **screeningovým vyšetřením sluchu u mého**

**syna /dcery.**

V případě pozitivního výsledku screeningového vyšetření sluchu (tj. zjištění možné vady sluchu)

**SOUHLASÍM 🞏 NESOUHLASÍM 🞏 se zpracováním osobních údajů mého novorozeného dítěte, a to jméno, příjmení, datum narození a výsledky vyšetření v registru vad sluchu, vedeným ve spádovém rescreeningovém ORL pracovišti, regionálním ORL centru a Fakultní nemocnici Hradec Králové.**

Účelem registru je sledování péče o děti s podezřením na vadu sluchu , a to až do dovršení věku 18 let.

**Jméno a příjmení zákonného**

**zástupce:………………………………………………………**

**V Jihlavě dne: ………………….**

**Podpis zák. zástupce:……………………………………………**