*Poskytovatel zdravotních služeb*

**Záznam o odmítnutí novorozeneckého laboratorního scrEeningu (REVERS)**

V souladu s ustanovením § 34 odst. 3 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: ………….…………………………………………………………….. nar.: ………………

(jméno, příjmení, datum narození dítěte)

jsem obdržel/a údaje:

1) o potřebných zdravotních službách: odběr krve a provedení novorozeneckého laboratorního screeningu,

2) o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví dítěte: pozdní stanovení diagnózy a následné zdravotní postižení dítěte s možným následkem smrti.; žádný alternativní postup umožňující screening všech sledovaných onemocnění neexistuje.

Údaje podle bodu 1 a 2 mi byly sděleny a vysvětleny, těmto informacím jsem porozuměl/a, a byla mi dána možnost klást doplňující otázky, které mi byly náležitě zodpovězeny. Současně jsem obdržel/a písemnou informaci o zdravotních rizicích souvisejících s odmítnutím novorozeneckého laboratorního screeningu, která je součástí Informace pro zákonné zástupce v souvislosti s provedením novorozeneckého laboratorního screeningu.

**I přes poskytnuté vysvětlení odmítám provedení novorozeneckého laboratorního screeningu**

Jsem si plně vědom/a možných důsledků spojených s odmítnutím novorozeneckého laboratorního screeningu a odpovědnosti za zdraví dítěte.

V………………….. dne ……………………… v …….. hod.

Jméno a příjmení:…………………………............................. podpis: ………………………

(místo, datum, hodina jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce dítěte/svědka\*\*)

\*\*) Odmítá-li zákonný zástupce záznam podepsat, opatří se záznam jménem, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen.

Důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal a způsob projevu jeho vůle ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V………………….. dne ………………………. v …….. hod.

Jméno a příjmení:………………………….............................. podpis: …………………………

(místo, datum, hodina jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka, který zákonnému zástupci dítěte informace poskytl)

Příloha: Informace pro zákonné zástupce v souvislosti s provedením novorozeneckého laboratorního screeningu

Záznam je proveden ve 4 vyhotoveních: 1x pro zákonného zástupce, 1x do dokumentace poskytovatele, po  jednom vyhotovení do obou smluvních laboratoří poskytovatele.