

JUVENILNÍ IDIOPATICKÁ ARTRITIDA

Co to je?

skupina chorob, jejichž společným projevem je zánět jednoho nebo více kloubů u dětí

Příznaky

- ranní ztuhlost
- bolest kloubů
- otoky kloubů
- otoky uzlin
- zvýšená teplota
- vyrážka
- oční potíže

Vyšetření

- anamnéza
- fyzikální vyšetření
 - pohmat, poklep, pohled
- laboratorní vyšetření krve
- laboratorní vyšetření moče
- zobrazovací metody
 - rentgen, ultrazvuk, atd...

Lečba

- medikace
 - léky
- chirurgicko-ortopedická
 - operace
- oční vyšetření
- rehabilitace
- lázně

Péče

- informovanost
- pravidelné cvičení
 - protahovací cvičení
 - posilující cvičení
- pravidelné lékařské kontroly
- dieta
 - dostatek vápníku - mléčné výrobky
 - dostatek vitamínu D - mořské plody
- začlenění do společnosti
- pozitivní přístup

Příloha 2.: Informovaný souhlas

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

I. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ošetrovatelská péče o dítě s juvenilní idiopatickou artritidou

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Lukášová Jeřábková

Vypracovala: Julia Bobitko

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane/ Vážená paní

V souladu s právní regulací zákona 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a také zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, Vás žádám o souhlas k nahlížení do dokumentace Vašeho syna/dcery osobou získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci praktické výuky a s uveřejněním výsledků léčby a postupů při poskytování ošetrovatelské péče v rámci bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelská péče o dítě s juvenilní idiopatickou artritidou* vypracované na I. LF UK. Osobní data v této studii nebudou uvedena, data uchována v anonymizované podobě a v maximální možné míře zajistím, aby získaná informace nebyla zneužitá.

Dále zákonný zástupce pacienta/ky uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuje, že mu/jí bylo vysvětleno vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Prohlašuje, že shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasí s nahlížením níže jmenované osoby do své dokumentace a s uveřejněním výsledků léčby a postupů při poskytování ošetrovatelské péče v rámci studie.

Datum:

Osoba, která provedla poučení:

Podpis osoby, která provedla poučení:

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce pacienta /ky:

Příloha č. 3. Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní

XY

Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči a kvalitu - hlavní sestra

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Jmenuji se Julia Bobitko a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra. Ráda bych zpracovala ošetrovatelský proces dle informací uvedených v dokumentaci u dětského pacienta s diagnózou JIA, vzhledem k tématu mé bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o dítě juvenilní idiopatickou artritidou“. Budu se řídit právní regulací zákonu 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a také zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Pokud moji žádost schválíte, budu realizovat toto šetření u dětského pacienta na Klinice dětského a dorostového lékařství

S pozdravem,

Julia Bobitko

Schvaluji výzkumné šetření

V Praze dne

Razítko

Podpis

Příloha č. 4. Čestné prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: Melánie Saifridová

Pracoviště konzultanta: Klinika dětského a dorostového lékařství, VFN Praha

Student: Julia Bobitko

Téma diplomové/ bakalářské práce: Ošetrovatelská péče o dítě s juvenilní idiopatickou artritidou

Obor studia: Všeobecná sestra


Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 25.4.2018

Souhlasím/ Nesouhlasím s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

V PRAXE, dne 25.4.2018


Podpis

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
I. lékařská fakulta Univerzita Karlova
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 961 111
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208