



INFORMACJA I ŚWIADOMA ZGODA NA POBYT, LECZENIE, DIAGNOSTYKĘ NOWORODKA

PP 6

Imię i nazwisko rodzica - przedstawiciela ustawowego											
PESEL (matki)										Numer Księgi Głównej	

- Oświadczamy, że jesteśmy świadomi możliwego dostępu do dziecka (zgodnie z zaleceniami w regulaminie odwiedzin) i jego dokumentacji medycznej. Rozumiemy, że dotyczy to wyłącznie nas, a nie innych członków rodziny ani znajomych.
- Jesteśmy świadomi, że dziecko zdrowe przebywa z mamą w Szpitalu (system rooming in – łóżeczko dziecka przy łóżeczku matki) do czasu wypisu.
- Rozumiemy, że w czasie pobytu w Szpitalu może zaistnieć konieczność poszerzenia diagnostyki u naszego dziecka i podjęcia niezbędnego leczenia.
- Wyrażamy świadomą zgodę u naszego dziecka na:
 - stosowanie niezbędnych metod leczenia,
 - wykonywanie badań diagnostycznych, w tym badań obrazowych (RTG, USG, ECHO),
 - pobieranie krwi, moczu i płynów ustrojowych do badań laboratoryjnych,
 - wykonanie badań genetycznych w przypadku podejrzenia choroby o takim podłożu,
 - transport karetką N do innej placówki opieki zdrowotnej celem przeprowadzenia niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji lub zabiegu operacyjnego.
- Jeżeli nasze dziecko będzie wymagało pobytu na Oddziale Neonatologii lub Oddziale Izolacyjnym Noworodka dodatkowo wyrażamy świadomą zgodę na stosowanie niezbędnych metod leczniczych, zabiegów diagnostycznych i pielęgnacyjnych oraz badań laboratoryjnych, a w szczególności na:
 - intubację dotchawiczą i pielęgnację dróg oddechowych,
 - stosowanie mechanicznej wentylacji,
 - kaniulację naczyń żylnych i tętniczych,
 - kaniulację naczyń żylnych centralnych drogą obwodowego wkłucia,
 - wykonanie nakłucia lędźwiowego,
 - przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych w stanie zagrożenia życia i zdrowia,
 - wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych bez obecności rodziców,
 - nakłucie i drenaż jamy opłucnowej, jamy otrzewnej, osierdzia i komór mózgowych
 - stosowanie leków poza zarejestrowanymi wskazaniami zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
- Rozumiemy, że w razie konieczności wykonania zabiegu operacyjnego u naszego dziecka zostaniemy poproszeni o wyrażenie odrębnej pisemnej zgody.
- Rozumiemy, że w sytuacji, gdy dziecko nie będzie wymagało pobytu w naszym szpitalu może być przeniesione do innego szpitala w celu kontynuacji leczenia.
- Zgodę powyższą przeczytałam/em i zrozumiałam/em.
Prosimy, aby zapytali Państwo nas o wszystko, co chcielibyście wiedzieć w związku z planowanym leczeniem waszego dziecka. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Państwa wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza. Chętnie odpowiemy na wszystkie Państwa pytania.



INFORMACJA I ŚWIADOMA ZGODA NA POBYT, LECZENIE, DIAGNOSTYKĘ NOWORODKA

PP 6

Zobowiązuję się do uzyskiwania informacji od lekarza leczącego o stanie zdrowia mojego dziecka oraz odebrania mojego dziecka z oddziału w wyznaczonym terminie. W sytuacji nagłych proszę o kontakt po numerem telefonu:

Adres:

Adres do korespondencji:

Osoba upoważniona do informowania się o stanie zdrowia dziecka:

Adres:

Nr telefonu:

Osoba upoważniona do uzyskiwania dokumentacji medycznej:

ZASTRZEŻENIA RODZICÓW – PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH CO DO PROPONOWANEJ ZGODY:

.....
.....

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na pobyt, diagnostykę i leczenie u naszego/mojego dziecka

Data oraz podpis rodziców – przedstawicieli ustawowych/ opiekunów prawnych	
--	--

Podpisanie formularza przez rodziców – przedstawicieli ustawowych / opiekunów prawnych jest niemożliwe z powodu:

.....
.....

Data, podpis oraz pieczęć lekarza neonatologa	
---	--