|  |
| --- |
| **ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I PIELĘGNACYJNE W ODDZIALE NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA** **SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO ŚW. ZOFII W WARSZAWIE** |
| Nazwisko:………………………………………………………… Płeć:Nr HRN: ………………………… | □ Męska□ Żeńska  |
| 1. Oświadczam, że przed podpisaniem tego formularza zostałam/-łem szczegółowo poinformowana/-ny przez …………………………………….................................…… o stanie zdrowia mojego dziecka i w pełni zrozumiałam/-em te informacje.
2. Rozumiem, że w czasie pobytu w Szpitalu może zaistnieć konieczność poszerzenia diagnostyki u naszego dziecka i podjęcia niezbędnego leczenia.
3. Wyrażam świadomą zgodę na stosowanie u mojego dziecka niezbędnych metod leczniczych, zabiegów diagnostycznych i pielęgnacyjnych oraz badań laboratoryjnych, a w szczególności na\*:
* kaniulację naczyń żylnych,
* wykonywanie badań diagnostycznych, w tym badań obrazowych (RTG i USG),
* pobieranie krwi, moczu i płynów ustrojowych do badań laboratoryjnych, w tym badania na HIV,
* wykonanie badań genetycznych w przypadku podejrzenia choroby o takim podłożu,
* badanie okulistyczne.
1. Jeśli moje dziecko będzie wymagało pobytu w odcinku Intensywnej Terapii Noworodka wyrażam świadomą zgodę na stosowanie niezbędnych metod leczniczych, zabiegów diagnostycznych i pielęgnacyjnych oraz badań laboratoryjnych, a w szczególności na:
* intubację dotchawiczną i pielęgnację dróg oddechowych,
* stosowanie mechanicznej wentylacji i innych form wspomagania oddechu,
* kaniulację naczyń żylnych i tętniczych powierzchownych i centralnych drogą obwodowego wkłucia oraz użycie kontrastu,
* cewnikowanie pęcherza moczowego,
* wykonywanie badań radiologicznych i USG,
* pobierania krwi, moczu i płynów ustrojowych do badań laboratoryjnych, w tym badania na HIV,
* przetaczanie krwi i jej składników,
* badanie okulistyczne,
* diagnostyczne i lecznicze nakłucie lędźwiowe,
* nakłucia i drenażu jam opłucnowych, jamy otrzewnej, osierdzia i komór mózgowych.
1. Rozumiem, że w czasie leczenia możliwe jest wystąpienie powikłań spowodowanych rozwojem choroby zasadniczej oraz stosowanymi metodami leczniczymi.
2. Oświadczam, że zostałam/-łem poinformowana/-ny o zasadach kontaktu z dzieckiem, możliwości uzyskiwania od personelu medycznego informacji o dziecku i stanie jego zdrowia oraz dostępu do jego dokumentacji medycznej.
3. Oświadczam, że zostałam/-łem poinformowana/-ny o konieczności kontaktów z lekarzem leczącym moje dziecko. W sytuacjach nagłych proszę o kontakt pod nr telefonu: …………………………………....
4. Oświadczam, że zostałam/-łem poinformowana/-y o znaczeniu, skutkach oraz ryzyku związanym z wykonaniem bądź niewykonaniem w/w badań, zabiegów oraz czynności profilaktycznych i w pełni zrozumiałam/-em te informacje.
5. Rozumiem, że w razie konieczności wykonania zabiegu operacyjnego u mojego dziecka zostanę poproszona/-ny o wyrażenie odrębnej zgody.
 |
| SZITAL SPECJALISTYCZNY ŚW. ZOFII W WARSZAWIE UL. ŻELAZNA 90, 01-004 WARSZAWA - **POUFNE** | Obowiązuje od: 07-03-2022 | Strona 1 z 2 | Załącznik do HRN |
| **ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I PIELĘGNACYJNE W ODDZIALE NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA****SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO ŚW. ZOFII W WARSZAWIE** |
| Nazwisko:………………………………………………………… Płeć:Nr HRN: ………………………… | □ Męska□ Żeńska  |
| 1. Oświadczam, iż zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań odnośnie do informacji, zawartych w tym formularzu i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

\* *skreślić metody lecznicze, zabiegi diagnostyczne i pielęgnacyjne, badania laboratoryjne oraz czynności profilaktyczne, na wykonanie których u dziecka przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody*Zgodę powyższą przeczytałam/-łem i zrozumiałam/-łem.Warszawa, dnia…………………………………..……………………… |
| …………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………..…... *Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego Czytelny podpis lekarza*  |
| Poinformowana/-y o konsekwencjach medycznych i prawnych nie wyrażam zgody na wykonanie u mojego dziecka skreślonych powyżej i wymienionych poniżej procedur medycznych:1. ..............................................................
2. ....................................................................
3. .............................................................
 |
| **Oświadczam, że zostałam/-łem poinformowany, że:*** w przypadku, gdy nie wyrażę zgody na wykonanie określonych czynności medycznych, a lekarz neonatolog stwierdzi, że czynność ta jest niezbędna dla ratowania życia dziecka, zapobiegnięcia ciężkiemu uszkodzeniu ciała lub ciężkiemu rozstrojowi zdrowia, lekarz ma obowiązek, po konsultacji z drugim lekarzem, wykonać te czynności bez zgody rodzica i poinformować Sąd Rejonowy (art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty),
* w przypadku, gdy nie wyrażę zgody na wykonanie określonych czynności medycznych, a lekarz neonatolog stwierdzi, że czynność ta jest niezbędna, aby usunąć zagrożenie utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać te czynności po uzyskaniu zgody Sądu Rejonowego (art. 34 ust. 6 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty),
* w przypadku, gdy dziecko wymagać będzie niezwłocznej pomocy lekarskiej, a nie będzie możliwości porozumienia się ze mną, lekarz neonatolog ma prawo wykonać te czynności bez mojej zgody, w miarę możliwości po konsultacji z innym lekarzem (art. 33 ust. 1 i 2 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty).
 |
| Data i godz.: ………………………………………………………………………………………………………………………………………...*Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego***UWAGI:****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………….………………… ………………….……………………………………………………………..*Podpis i pieczątka lekarza Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego* |
| SZITAL SPECJALISTYCZNY ŚW. ZOFII W WARSZAWIE UL. ŻELAZNA 90, 01-004 WARSZAWA - **POUFNE** | Obowiązuje od: 07-03-2022 | Strona **2** z **2** | Załącznik do HRN |