

**ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I PIELEGNACYJNE
W ODDZIALE NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO ŚW. ZOFII W WARSZAWIE**

Nazwisko:.....

Płeć:

- Męska
 Żeńska

Nr HRN:

Oświadczam, że przed podpisaniem tego formularza zostałam/-łem szczegółowo poinformowana/-ny przez lekarza o stanie zdrowia mojego dziecka i w pełni zrozumiałam/-em te informacje. Rozumiem, że w czasie pobytu w Szpitalu może zaistnieć konieczność poszerzenia diagnostyki u mojego dziecka i podjęcia niezbędnego leczenia.

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.

Jeśli moje dziecko będzie wymagało pobytu w Oddziale 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 z podłączeniem pacjenta do respiratora, w tym różne formy wentylacji mechanicznej z wziewnym tlenkiem azotu włącznie oraz nieinwazyjnego wspomaganie oddechu;
- kaniulację naczyń żylnych i tętniczych obwodowych oraz centralnych oraz kontrolę ich położenia z użyciem kontrastu. Metoda ta polega na wprowadzeniu – w znieczuleniu paracetamolem/lekiem analgetycznym – kaniuli typu premcath/ECC do żyły obwodowej i wsunięcie drenu do żyły centralnej nad przedsionkiem serca. Powikłaniami kaniulacji naczyń obwodowych mogą być wynaczynienia podskórne płynu lub preparatu krwi, zaczerwienienie i/lub obrzęk skóry, ropień. Do rzadkich powikłań kaniulacji naczyń centralnych należy wynaczynienie płynu do jamy opłucnowej lub osierdzia, sporadycznie zaburzenia rytmu serca.
- cewnikowanie pęcherza moczowego;
- wykonywanie badań obrazowych (RTG i USG);
- pobierania krwi, moczu i płynów ustrojowych do badań laboratoryjnych, w tym badania na HIV;
- przetaczanie krwi i jej składników;
- badanie okulistyczne;
- nakłucia i drenażu jam: opłucnowych, jamy otrzewnej i osierdzia w przypadku odmy opłucnowej, płynu w jamie opłucnowej, płynu w jamie osierdzia lub tamponady serca. Są to natychmiastowe procedury medyczne ratujące życie dziecka. Polegają na wprowadzeniu kaniuli/troakaru do jam ciała (opłucnowej, otrzewnowej, osierdzia) i odbarczenia płynu lub powietrza, które powodują niewydolność oddechowo-kръżeniową dziecka. Mogą wystąpić powikłania w postaci porażenia nerwu międzyżebrowego, obrzęku i zwłóknienie w miejscu wkłucia do jamy opłucnowej, bardzo rzadko przypadkowe nakłucie wątroby lub uszkodzenie dużego naczynia lub zator powietrzny. Podczas nakłucia jamy osierdzia może dojść do uszkodzenia lub perforacji ściany mięśnia sercowego lub naczyń, ponownej tamponady, zaburzeń rytmu serca, odmy opłucnowej, nakłucia jamy otrzewnowej lub uszkodzenie narządów jamy brzusznej, zatoru powietrznego. Przy nakłuciu jamy otrzewnowej może dojść do uszkodzenia narządów jamy brzusznej z krwotokiem.

Rozumiem, że w czasie leczenia możliwe jest wystąpienie powikłań spowodowanych rozwojem choroby zasadniczej oraz stosowanymi metodami leczniczymi.

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.

Oświadczam, że zostałam/-łem poinformowana/-ny o konieczności kontaktów z lekarzem leczącym moje dziecko. W sytuacjach nagłych proszę o kontakt pod nr telefonu:

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.

Rozumiem, że w razie konieczności wykonania zabiegu operacyjnego u mojego dziecka zostanę poproszona/-ny o wyrażenie odrębnej zgody.

**ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I PIEŁĘGNACYJNE
W ODDZIALE NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO ŚW. ZOFII W WARSZAWIE**

Nazwisko:.....

Nr HRN:

Płeć:

Męska

Żeńska

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 jego ciała lub ciężkiemu rozstrojowi jego zdrowia, lekarz może, po konsultacji z drugim lekarzem, wykonać te czynności bez zgody rodzica i poinformować Sąd Rejonowy (art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach 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 u mojego dziecka 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 zawodach 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 zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Data i godz.:

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

UWAGI:

.....

.....

Podpis i pieczętka lekarza

.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego