Oddział Noworodkowy Konin,…………………………

Dane dziecka :

……………………………..

Imię i nazwisko Matki / PESEL : Numer księgi głównej:

……………………………..

 **INFORMACJA I ŚWIADOMA ZGODA NA POBYT, LECZENIE, DIAGNOSTYKĘ**

 **NOWORODKA**

1. Oświadczamy, że jesteśmy świadomi możliwego dostępu do dziecka (zgodnie z zaleceniami w regulaminie odwiedzin) i do dokumentacji medycznej. Rozumiemy, że dotyczy to wyłącznie nas- rodziców dziecka , a nie innych członków rodziny ani znajomych.

2. Jesteśmy świadomi, że dziecko zdrowe przebywa z mamą w Szpitalu (system rooming in- łóżeczko dziecka przy łóżku matki) do czasu wypisu. Wyrażamy zgodę na :

 - wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych ;

 - realizację czynności i zabiegów profilaktycznych wynikających z rozporządzeń Ministra Zdrowia.

3. Rozumiemy, że w czasie pobytu w Szpitalu może zaistnieć konieczność poszerzania diagnostyki u naszego dziecka i podjęcia niezbędnego leczenia.

4. 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;

 - transport karetką N do innej placówki opieki zdrowotnej celem przeprowadzenia badań diagnostycznych, konsultacji lub leczenia.

5. Jeżeli nasze dziecko będzie wymagało pobytu w odcinku noworodków leczonych , dodatkowo wyrażamy zgodę na stosowanie niezbędnych metod leczniczych, zabiegów diagnostycznych i pielęgnacyjnych oraz badań laboratoryjnych, a w szczególności na:

 - intubację dotchawiczą i pielęgnację dróg oddechowych;

 - stosowanie wentylacji mechanicznej;

 - kaniulację naczyń żylnych i tętniczych;

 - kaniulację naczyń żylnych centralnych droga obwodowego wkłucia;

 - nakłucie i drenaż jamy opłucnowej, jamy otrzewnej, osierdzia i komór mózgowych;

 - stosowanie leków poza zarejestrowanymi wskazaniami zgodnie z aktualna wiedzą medyczną.

6. Rozumiemy, że w sytuacji gdy dziecko będzie wymagało zabiegu operacyjnego lub leczenia w innym szpitalu zostaniemy poproszeni o wyrażenie odrębnej zgody.

7. U pacjentów leczonych na Oddziale Noworodkowym może dojść do nagłego, samoistnego lub w wyniku zastosowanych procedur medycznych i w/w zabiegów inwazyjnych pogorszenia stanu zdrowia a nawet śmierci pacjenta.

Osoba upoważniona do informowania się o stanie zdrowia dziecka:……………………………

Adres:…………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu:……………………………………………………………………………………….

 **OŚWIADCZENIE I ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO NOWORODKA**

Ja niżej podpisana/y potwierdzam, że zapoznałam/em się z treścią powyższej zgody. Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących stanu mojego dziecka i proponowanego leczenia i otrzymałam/ em na nie odpowiedź. Bez zastrzeżeń zgadzam się na pobyt, diagnostykę i leczenie u naszego/mojego dziecka.

Wyrażam zgodę z zastrzeżeniami:

………………………………………………….

Data…………………..

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego:

…………………………………………………….

PESEL rodzica/ opiekuna prawnego:

……………………………………………….

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego…………………………………………….

Podpis i pieczątka lekarza……………………………………………