



KARTA ZGÓD I OŚWIADCZEŃ
dotycząca pacjenta Oddziału Neonatologicznego

1. Ja (imię i nazwisko)

PESEL

Jako matka/ ojciec dziecka, które będzie od momentu urodzenia pacjentem Oddziału Neonatologicznego, wyrażam zgodę na badania oraz niezbędne czynności diagnostyczne i lecznicze wykonywane u mojego dziecka w ramach opieki poporodowej nad noworodkiem.

Uwagi

Podpis czytelny

2. Wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka następujących szczepień ochronnych, które są szczepieniami obowiązkowymi, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 849), po wykonaniu niezbędnych badań kwalifikacyjnych przed szczepieniem:

- | | |
|---|-----------------------|
| a. szczepienie przeciwko gruźlicy (BCG) | WYKONAĆ / NIE WYKONAĆ |
| b. szczepienie przeciwko WZW B szczepionką bezpłatną/ własną* | WYKONAĆ / NIE WYKONAĆ |

Informujemy, że w przypadku braku zgody na obowiązkowe szczepienie, po rozmowie wyjaśniającej z lekarzem neonatologiem, konieczne będzie podpisanie oświadczenia o braku zgody na szczepienie na odrębnym formularzu.

Podanie dziecku witaminy K:

- a. – Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku witaminy K domięśniowo
- b. – Nie wyrażam zgody na podaż domięśniową witaminy K proszę podać doustnie
- c. – Nie wyrażam zgody na podanie witaminy K w żadnej formie

Informujemy, że podanie witaminy K jest wymogiem opieki poporodowej zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. W przypadku braku zgody na podanie witaminy K domięśniowo podanie witaminy K drogą doustną może nie dawać wystarczającej ochrony dziecka przed chorobą krwotoczną noworodka, po podaniu doustnym konieczne jest podawanie kolejnych dawek doustnych preparatu trudno dostępnego w Polsce (Konakion lub Kanavit – preparaty witaminy K są sprowadzane na import docelowy i nie są dostępne w aptece).

Zostałam poinformowana, że w przypadku, gdy dziecko nie otrzyma witaminy K w żadnej postaci jest narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia krwawień, w tym również krwawień w obrębie mózgu, które mogą powodować trwałe kalectwo.

Podpis czytelny:



KARTA ZGÓD I OŚWIADCZEŃ
dotycząca pacjenta Oddziału Neonatologicznego

3. Zgody związane z ochroną danych osobowych:

- a. Wyrażam zgodę na oznaczenie tożsamości mojego dziecka z użyciem opasek identyfikacyjnych zawierających dane osobowe (nazwisko i płeć dziecka)

TAK / NIE

- b. Do informacji o stanie zdrowia mojego dziecka w pełnym zakresie jest uprawniony ojciec dziecka:

Imię i nazwisko

PESEL

- c. Ponadto wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o stanie zdrowia mojego dziecka następującym osobom:

Imię i nazwisko

PESEL

Imię i nazwisko

PESEL

Podpis czytelny

4. Oświadczam, że jestem ubezpieczona w Oddziale Wojewódzkim NFZ.

Podpis czytelny

Data i podpis osoby odbierającej zgody:

UWAGA:

W przypadku matki małoletniej konieczne podpisanie zgód zarówno przez matkę jak i jej przedstawiciela ustawowego