

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг новорожденному

«___» _____ 20___ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19 ___ года рождения, проживающая по адресу: _____

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)

выдан: _____

(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка
или _____ лица, _____ признанного
недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

_____ на оказание моему (представляемого) ребенку следующих
медицинских услуг, необходимых для обследования и лечения моего (представляемого) ребенка в
условиях бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский
клинический перинатальный центр»:

Сроки проведения	План ведения новорожденного Виды медицинских услуг	Вписать (согласна) – в случае согласия	Подпись законного представителя
------------------	---	---	------------------------------------

<p>При рождении – в родильном зале, в операционной</p>	<p>При рождении:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выкладывание новорожденного на живот матери (контакт «кожа к коже» в течение 2-ух часов); - забор крови из пуповины для определения КЩС; - забор и исследование крови на билирубин из пуповины, по показаниям. <p>Первичная реанимационная помощь новорожденному (по показаниям, согласно приказу МЗ РФ от 28.12.1995г. №372).</p> <p>Первичный туалет новорожденного:</p> <ul style="list-style-type: none"> -обсушивание и согревание новорожденного; 		
	<ul style="list-style-type: none"> - на голову ребенка одевается шапочка, на ножки – носочки; - профилактика гонобленореи – закладывание глазной эритромициновой мази за нижнее веко глаза через 1 час; - перевязка, отделение пуповины через 1 минуту (после прекращения пульсации); - антропометрия – измерение веса, окружности головы, длины тела новорожденного через 2 часа; - измерение температуры тела ребенка электронным термометром через каждые 30 минут в течении 2-х часов. <p>Первое прикладывание новорожденного к груди матери в родильном зале.</p> <p>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</p>		
<p>1 сутки жизни ребенка</p>	<p>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</p> <p>Вакцинация новорожденного в первые 12 часов после рождения против гепатита «В» (с дополнительного письменного информированного согласия матери).</p> <p>Термометрия 2 раза в день – утром и вечером.</p> <p>Измерение веса новорожденного.</p> <p>Проведение лечебно – диагностических мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> - забор капиллярной крови (из пальчика) для проведения общего анализа крови (по показаниям); - забор венозной крови из периферической вены для проведения биохимического анализа крови (по показаниям); - забор капиллярной крови (из пальчика) для определения группы крови и Rh-фактора (по показаниям); - проведение необходимых лечебных мероприятий по стандартам – инфузионная терапия, внутривенные и внутримышечные инъекции, фототерапия, укладывание в кювез, очистительная клизма и др. 		
<p>2 сутки жизни ребенка</p>	<p>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</p> <p>Термометрия 2 раза в день – утром и вечером.</p> <p>Измерение веса новорожденного.</p> <p>Проведение лечебно – диагностических мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> - забор капиллярной крови (из пальчика) для проведения общего анализа крови (по показаниям); - забор венозной крови из периферической вены для проведения биохимического анализа крови (по показаниям); - проведение необходимых лечебных мероприятий по стандартам – инфузионная терапия, внутривенные и внутримышечные инъекции, фототерапия, укладывание в кювез, очистительная клизма и др. 		

3 сутки жизни ребенка	<p>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом. Термометрия 2 раза в день – утром и вечером. Измерение веса новорожденного. Вакцинация новорожденного БЦЖ против туберкулеза в возрасте более 48 часов после рождения (с дополнительного письменного согласия матери). Проведение лечебно – диагностических мероприятий: - забор капиллярной крови (из пальчика) для проведения общего анализа крови (по показаниям); - забор венозной крови из периферической вены для проведения биохимического анализа крови (по показаниям); - проведение необходимых лечебных мероприятий по стандартам – инфузионная терапия, внутривенные и внутримышечные инъекции, фототерапия, укладывание в кювез, очистительная клизма и др.</p>		
4 сутки жизни ребенка	<p>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом. Термометрия 2 раза в день – утром и вечером. Измерение веса новорожденного. Забор крови у новорожденного на неонатальный скрининг с письменного согласия матери. Проведение лечебно – диагностических мероприятий: - забор капиллярной крови (из пальчика) для проведения общего анализа крови (по показаниям); - забор венозной крови из периферической вены для проведения биохимического анализа крови (по показаниям); - проведение необходимых лечебных мероприятий по стандартам – инфузионная терапия, внутривенные и внутримышечные инъекции, фототерапия, укладывание в кювез, очистительная клизма и др. При наличии показаний – пункция кефалогематомы с письменного согласия матери (в возрасте 72 часов после рождения).</p>		
5 сутки жизни ребенка	<p>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом. Термометрия 2 раза в день – утром и вечером. Измерение веса новорожденного. Проведение лечебно – диагностических мероприятий: - забор капиллярной крови (из пальчика) для проведения общего анализа крови (по показаниям); - забор венозной крови из периферической вены для проведения биохимического анализа крови (по показаниям); - проведение необходимых лечебных мероприятий по стандартам – инфузионная терапия, внутривенные и внутримышечные инъекции, фототерапия, укладывание в кювез, очистительная клизма и др.</p>		

Я ознакомлена (ознакомлен) с тем, что специалисты бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» окажут моему (представляемого) ребенку квалифицированную медицинскую помощь с целью его обследования и лечения.

Я понимаю, что перинатальные осложнения (в родах и после родов) у моего ребенка зависят не только от качества медицинской помощи в родах, но, в большей степени, и от состояния моего здоровья и течения беременности.

Беременность и роды чреваты различными осложнениями со стороны плода (новорожденного):

- Асфиксия новорожденного
- Проявления внутриутробного инфицирования: аспирация (заглатывание) мекония, воспалительные заболевания: кожи (везикулопустулез), пупочной ранки (омфалит), глаз (конъюнктивит), слизистой носа (ринит); внутриутробная пневмония, сепсис.
- Заболевания, характерные для перинатального периода (желтуха, геморрагическая болезнь, родовая травма, гемолитическая болезнь)

При возникновении вышеперечисленных осложнений, возможно, потребуется интенсивное лечение новорожденного после родов (вплоть до проведения реанимационных мероприятий) и перевода его в специализированные отделения:

- Отделение анестезиологии и реанимации новорожденных.
- Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Методы диагностики и лечения новорожденного в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов неонатальной помощи и согласованным выше планом ведения новорожденного.

В случае отказа от обследования и лечения моего (представляемого) ребенка в отделении для новорожденных детей бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Я подтверждаю, что прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с предлагаемым обследованием на неонатальный скрининг. На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение вышеперечисленных медицинских вмешательств моему (представляемого) ребенку.

Содержание настоящего документа мною (представляемому) прочитано, разъяснено мне (представляемому) врачом, оно мне (представляемому) полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

_____	_____	_____
(должность)	(Ф.И.О., печать врача)	(подпись)
_____	_____	_____
(должность)	(Ф.И.О., печать врача)	(подпись)
_____	_____	_____
(должность)	(Ф.И.О., печать врача)	(подпись)

дата