

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на отделение
пупочного остатка (культи) у новорожденного**

« ___ » _____ 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)

_____ свое согласие на отделение пупочного остатка (культи)
(вписать «даю» - в случае согласия)
у моего (представляемого) новорожденного ребенка.

Мне разъяснено следующее:

Раннее хирургическое отделение пуповинного остатка способствует быстрому заживлению пупочной ранки и ведет к снижению гнойно-септической заболеваемости.

Удаление пуповинного остатка у новорожденного проводится хирургическим путем (одноразовым стерильным лезвием) в возрасте более 12 часов после рождения, с наложением давящей повязки на пупочную область.

Наблюдение за состоянием повязки проводится: каждые 15-20 минут в течение 2-х часов медицинской сестрой отделения для новорожденных детей, затем в течение каждого часа до проведения вечернего туалета новорожденного - матерью ребенка.

Я подтверждаю, что прочтала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с отделением пупочного остатка (культи) у новорожденного. 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