

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на пункцию кефалогематомы 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 пункцию кефалогематомы у моего ребенка.  
(вписать «даю» - в случае согласия)

Мне разъяснено следующее:

Кефалогематома - это кровоизлияние под надкостницу, какой - либо кости свода черепа может появиться четко лишь через несколько часов после родов (чаще в области одной или обеих теменных и реже - затылочной кости) наблюдается у 0,2-0,3% новорожденных.

Причина кефалогематомы - отслойка надкостницы при движении головки в момент ее прорезывания.

Опухоль вначале имеет упругую консистенцию, никогда не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна, наблюдается флюктуация при осторожной пальпации и как бы валик по периферии.

Поверхность кожи над кефалогематомой не изменена, хотя иногда бывают петехии.

В первые дни жизни кефалогематома может увеличиваться, нередко наблюдается желтуха из-за повышенного вне сосудистого образования билирубина.

Для лечения кефалогематомы назначается гемостатическая терапия в течение 3<sup>х</sup> (трёх) дней.

Пункция кефалогематомы проводится в возрасте не менее 48 часов после рождения (одноразовой стерильной иглой диаметром 1 мм).

На область пункции накладывается стерильная марлевая салфетка и давящая повязка «чепчик Гиппократ».

Наблюдение за состоянием повязки проводится: в течение 2<sup>х</sup> (двух) часов медицинской сестрой отделения для новорожденных детей. Затем в течение каждого часа до проведения вечернего туалета новорожденного - матерью ребенка.

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

Методы диагностики и лечения новорожденного в бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов неонатальной помощи.

В случае отказа от пункции кефалогематомы в отделении для новорожденных детей бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие.

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 пункцией кефалогематомы 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 пункцию кефалогематомы у моего (представляемого) новорожденного ребенка.

Содержание настоящего документа мною (представляемым) 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