

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на проведение химиопрофилактики
новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции после выписки из
бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский
клинический перинатальный центр»**

« ____ » _____ 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», Приказом Минздрава РФ от 19.12.2003 г. №606

Приложение к _____ № _____

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

19 ____ года рождения, проживающая по адресу: _____

_____ поставлена в известность,

что я госпитализирована в _____ бюджетного учреждения

(вписать наименование отделения)

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

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)

Настоящим подтверждаю свое (представляемой) добровольное согласие на продолжение проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции после выписки из бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр», направленных на предотвращение заражения моего (представляемой) ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых моему (представляемой) ребенку препаратов.

Я проинформирована (проинформирован), что:

- химиопрофилактика ВИЧ-инфекции моему (представляемой) ребенку, должна быть назначена независимо от того, проводилась или нет химиопрофилактика матери во время беременности и родов;

- назначенные моему (представляемой) ребенку препараты должны подавлять размножение вируса в моем (представляемой) организме и предотвратить их проникновение в организм моего (представляемой) будущего ребенка;

- тем не менее, даже при приеме препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего (представляемой) ребенка нет. Риск, что он заражен, составляет около 8%. Однако, если назначенная химиопрофилактика не будет проводиться, этот риск возрастает до 30%;

- все назначаемые моему (представляемой) ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в Российской Федерации;

- как и любое лекарственное средство, назначенные моему (представляемой) ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована (информирован);

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему (представляемой) здоровью ребенка, я (представляемая) буду проинформирована (проинформирован) об этом для принятия мною (представляемой) решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза жизни моего (представляемой) ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне (представляемой) должны быть разъяснены причины этого решения;

- я (представляемая) не должна прикладывать моего (своего) ребенка к груди и/или не должна кормить его моим (своим) грудным молоком, так как это повысит риск его заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), мой (представляемой) ребенок будет вскармливаться искусственными адаптированными смесями;

- назначенная моему (представляемой) ребенку химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему (представляемой) желанию и в этом случае, любую ответственность за причинение вреда жизни и здоровью моего (представляемой) ребенка, за все последствия отказа, за нарушение прав и законных интересов моего (представляемой) ребенка, я возлагаю только на себя;

Я поставлена (поставлен) в известность, что в случае отказа от проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции после выписки из бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» медицинские работники бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр», руководствуясь Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 02.09.2009 г. №232-п «О Порядке организации на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры органом опеки и попечительства деятельности по выявлению и учету детей, права и законные интересы которых нарушены», направляют информацию:

- о ненадлежащем исполнении матерью своих обязанностей по жизнеобеспечению ребенка (детей) (отказ от лечения) - в органы опеки и попечительства;

- о факте нарушения прав и свобод несовершеннолетнего - в органы прокуратуры.

Я поставлена (поставлен) в известность, что отказ от проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции после выписки из бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» может повлечь за собой любую ответственность (в том числе уголовную) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что получила (получил) на руки в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» препарат Зидовудин (Ретровир), Ламивудин (Эпивир) (согласно стандарту профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку) для продолжения химиопрофилактики моему (представляемой) ребенку.

Я обязуюсь продолжить лечение моего (представляемого) ребенка препаратом: _____

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа (информированное добровольное согласие на проведение химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции после выписки из бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр»), положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на продолжение лечения в предложенном объеме.

Я подтверждаю, что прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемую) ответы, и у меня (представляемой) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие 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

