

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг и проведение химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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

(вписать наименование отделения)

учреждения 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 оказание медицинских услуг, 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;

химиопрофилактика новорожденному проводится по эпидемиологическим показаниям, если:

- ВИЧ – статус матери не известен, но она употребляла парентерально психоактивные вещества или имела половой контакт с ВИЧ – инфицированным партнером;

- при отрицательном результате обследования матери на ВИЧ в течение последних 12 недель (срок от момента заражения до появления антител в крови более чем у 90% лиц, заразившихся ВИЧ) она парентерально употребляла психоактивные вещества или имела половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером.

- 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;

- 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 (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;

Добровольно согласна (согласен) ознакомиться с Планом ведения новорожденного с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и прошу персонал медицинского бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» провести все описанные в нем медицинские услуги моему (представляемой) ребенку.

Сроки проведения медицинских услуг	<p align="center"><b>План ведения новорожденных «СКПЦ»</b> Виды медицинских услуг</p>	Согласна, не согласна	Подпись законного представителя
<p align="center">При рождении – в родильном зале, в операционной</p>	<p><b>При рождении:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выкладывание новорожденного на живот матери (контакт «кожа к коже» в течение 2-ух часов);</li> <li>- забор крови из пуповины для определения КЩС;</li> <li>- забор и исследование крови на билирубин из пуповины, по показаниям;</li> <li>- забор крови на определение группы крови и резус принадлежности по показаниям,</li> </ul> <p><b>Лечебно- профилактические мероприятия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ванночка с 0,25% водным раствором хлоргексидина (50мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды) (согласно стандартам профилактики передачи ВИЧ- инфекции от матери ребенку).</li> </ul> <p><b>Первичная реанимационная помощь новорожденному (по показаниям, согласно приказу МЗ РФ от 28.12.1995г. №372).</b></p> <p><b>Первичный туалет новорожденного:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-обсушивание и согревание новорожденного;</li> <li>- на голову ребенка одевается шапочка, на ножки – носочки;</li> <li>- профилактика гонобленореи – закладывание глазной эритромициновой мази за нижнее веко глаза через 1 час;</li> <li>- перевязка, отделение пуповины через 1 минуту (после прекращения пульсации);</li> <li>- антропометрия – измерение веса, окружности головы, длины тела новорожденного через 2 часа;</li> <li>- измерение температуры тела ребенка электронным термометром через каждые 30 минут в течении 2-х часов.</li> </ul> <p><b><u>Грудное вскармливание противопоказано.</u></b></p> <p><b>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</b></p> <p><b>Химиопрофилактика ВИЧ</b> назначение антиретровирусных препаратов новорожденному: по клинической ситуации:  Ретровир _____  Вирамун _____</p>		
<p align="center">1 сутки жизни ребенка</p>	<p><b>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</b></p> <p><b>Вакцинация новорожденного в первые 12 часов после рождения против гепатита «В»</b> (с дополнительного письменного информированного согласия матери).</p>		

1-2 сутки жизни ребенка	<p><b>Термометрия</b> 2 раза в день – утром и вечером.</p> <p><b>Проведение лечебно – диагностических и профилактических мероприятий:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- определение группы крови и Rh – фактора (по показаниям);</li> <li>- забор крови из периферической вены на биохимическое исследование;</li> <li>- исследование уровня мочевины в крови;</li> <li>- исследование уровня креатинина в крови;</li> <li>- исследование уровня аланин- трансаминазы в крови.</li> <li>- забор крови для исследования на TORCH инфекции;</li> <li>- забор крови для исследования ПЦР-ВИЧ.</li> <li>- забор крови для ОАК.</li> <li>- забор крови для исследования на гепатит В, С.</li> <li>- продолжение антиретровирусной профилактики по листу назначений.</li> </ul> <p>Возможен перевод новорожденного в отделение патологии новорожденных, для дальнейшего лечения.</p>		
2 сутки жизни ребенка	<p><b>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</b></p> <p><b>Термометрия</b> 2 раза в день – утром и вечером.</p> <p>Измерение веса новорожденного.</p> <p><b>Проведение лечебно – диагностических мероприятий:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- продолжение антиретровирусной профилактики по листу назначений.</li> </ul>		
3 сутки жизни ребенка	<p><b>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</b></p> <p><b>Термометрия</b> 2 раза в день – утром и вечером.</p> <p>Измерение веса новорожденного.</p> <p><b>Вакцинация БЦЖ</b> в родильном доме не проводится – МЕДОТВОД.</p> <p><b>Проведение лечебно – диагностических мероприятий:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- продолжение антиретровирусной профилактики по листу назначений.</li> </ul>		
4 сутки жизни ребенка	<p><b>Осмотр новорожденного врачом – неонатологом.</b></p> <p><b>Термометрия</b> 2 раза в день – утром и вечером.</p> <p>Измерение веса новорожденного.</p> <p><b>Забор крови у новорожденного на неонатальный скрининг</b> с письменного согласия матери.</p> <p><b>Проведение лечебно – диагностических мероприятий:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- продолжение антиретровирусной профилактики по листу назначений.</li> </ul>		

Я (представляемая) осознаю, что перинатальные осложнения (в родах и после родов) у моего (представляемой) ребенка зависят не только от качества медицинской помощи в родах, но, в

большой 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 реанимации и интенсивной терапии новорожденных;
- отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Я подтверждаю свое (представляемой) добровольное согласие на назначение моему (представляемой) ребенку и получение им лекарственных препаратов, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции. Я проинформирована (проинформирован), что в период моего (представляемой) пребывания в родильном доме мой (представляемой) ребенок будет получать антиретровирусную терапию по клинической ситуации:

Ретровир \_\_\_\_\_

Вирамун \_\_\_\_\_

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа (информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг и проведение химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции), положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на лечение 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