

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НОВОРОЖДЕННОМУ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 18, 19, 20, 22 Федерального Закона РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ г. рождения
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) врачом:

а) о том, что 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, течения беременности, срока беременности, наличия внутриутробной патологии плода;

б) о том, что беременность и роды чреваты осложнениями со стороны плода\новорожденного:

- Асфиксия новорожденного;
- Проявления внутриутробного инфицирования: аспирация (попадание в дыхательные пути) мекония из околоплодных вод; воспалительные заболевания: кожи, пупочной ранки, глаз, слизистой носа; внутриутробная пневмония, сепсис;
- Заболевания характерные для периода новорожденности: желтуха, геморрагическая болезнь, гемолитическая болезнь, родовая травма, дыхательные нарушения;

в) При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться интенсивное лечение ребенка и перевод его в:

- БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»;
- БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»;
- БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»;
- Педиатрическое отделение БУ «Лангепасская городская больница»

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я имела(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. В случае отказа от обследования и лечения своего ребенка всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Получив полную информацию о необходимости оказания моему ребенку следующих медицинских услуг, необходимых для обследования и лечения моего ребенка в родильном отделении БУ «Лангепасская городская больница», я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я даю свое согласие (не даю свое согласие – при отказе):

Сроки проведения	План ведения новорожденного Виды медицинских услуг	Согласна/ Не согласна	Подпись матери
При рождении в родильном зале / в операционной	• При рождении - выкладывание новорожденного на живот матери – контакт «кожа к коже» в первые 2 часа; - забор и исследование крови из пуповины на билирубин по показаниям;		

Сроки проведения	План ведения новорожденного Виды медицинских услуг	Согласна/ Не согласна	Подпись матери
При рождении в родильном зале / в операционной	<ul style="list-style-type: none"> • Первичная реанимационная помощь новорожденному (по показаниям, согласно методического письма МЗ СР РФ от 21.04.2010 г. № 15-4\10\2-3204) - обсушивание и согревание новорожденного под источником лучистого тепла; - на голову ребенка надевается шапочка; - профилактика гонобленнорей – закладывание тетрациклиновой мази за нижнее веко через 1 час; - отделение и перевязка пуповины через 1 минуту, обработка остатка пуповины через 1 час; - измерение веса, длины, окружностей головы и груди в первые 2 часа; • Прикладывание новорожденного к груди матери в родзале; • Осмотр новорожденного врачом-неонатологом. 		
Первые и после дующие сутки жизни ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Осмотр ребенка врачом неонатологом ежедневно и по показаниям; • Термометрия дважды в день – утром и вечером; • Взвешивание новорожденного утром; • Забор капиллярной крови у ребенка для проведения скрининга на наследственные заболевания; • Проведение лечебно-диагностических мероприятий: - забор капиллярной крови для проведения анализа крови – по показаниям; - забор венозной крови из периферических вен для анализа крови – по показаниям; - УЗИ, рентгенологическое исследование, консультации специалистов – по показаниям; - проведение необходимых лечебных мероприятий по стандартам оказания помощи, рекомендованным «Ассоциацией неонатологов»: инфузионная терапия, внутривенные и внутримышечные инъекции, фототерапия, укладывание в кювет, очистительная клизма. 		

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я подтверждаю, что содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено, полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие/ информированный отказ (не нужно зачеркнуть)

Законный Представитель _____
Подпись _____ Ф.И.О. (полностью) _____ Дата _____

Врач _____
Подпись _____ Ф.И.О. (полностью) _____ Дата _____

Зав. отделением _____
Подпись _____ Ф.И.О. (полностью) _____ Дата _____