

ZGODA NA LECZENIE SZPITALNE

Imię i Nazwisko dziecka:			
Data urodzenia dziecka:		PESEL dziecka*:	

*) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wpisać poniżej:

Rodzaj i numer dokumentu na podstawie, którego stwierdzono tożsamość	
--	--

Ja niżej podpisany(a) rodzic /opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na leczenie szpitalne standardowo stosowane w szpitalu wysokospecjalistycznym oraz czynności związane z:	TAK	NIE
<ul style="list-style-type: none">opieką lekarską, pielęgniarską, psychologiczną, fizjoterapeutyczną oraz inną w tym opiekunek dziecięcych;zakładaniem i utrzymaniem dojsć do naczyń krwionośnych umożliwiających podawanie leków lub pobieranie krwi;wykonywanie standardowych badań:<ul style="list-style-type: none">obrazowych (np. RTG klatki piersiowej i innych *)czynnościowych (np. EKG, EEG i innych*)laboratoryjnych (np. krew, mocz i innych*)zgodnie ze specyfiką choroby dziecka i oddziału prowadzonej hospitalizacji. **szczegółowych informacji dotyczących wykonania wskazanych badań udziela lekarz prowadzący w oddziale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">podawaniem leków niezbędnych dla specyfiki choroby dziecka i oddziału prowadzonej hospitalizacji;w razie konieczności wyrażam zgodę na podanie leków poza zarejestrowanymi wskazaniami lub w innych, niż zarejestrowane grupach wiekowych, zgodnie z zasadą ugruntowanego zastosowania medycznego, co wiąże się z uznaną skutecznością i akceptowalnym profilem bezpieczeństwa, o ile stosowanie tych leków nie ma charakteru eksperymentu medycznego w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">pobranie krwi w celu wykonania oznaczenia przeciwciał anty-HCV, antygeny HBs, anty-HIV w przypadku ekspozycji zawodowej pracownika na materiał biologiczny pochodzący od pacjenta (np. skałeczenie, zakłucie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">udziałem studentów w czynnościach medycznych udzielanych mojemu dziecku w trakcie hospitalizacji na podstawie Art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zostałem(am) także powiadomiony(a), że przy przeprowadzeniu specjalistycznych procedur diagnostyczno-leczniczych, przetoczenia krwi oraz badań inwazyjnych uzyskam dodatkowe informacje od kierownika kliniki i/lub lekarza prowadzącego i podpiszę osobne formularze zgody. Zostałem(am) poinformowany(a), że w razie wystąpienia konieczności przeprowadzenia badań i leczenia zabiegowego w trybie nagłym, ratującym życie dziecka, zostaną one podjęte niezwłocznie.

Uwagi rodzica/opiekuna prawnego:

Dane osoby wyrażającej zgodę*** (imię, nazwisko, nazwa i nr dokumentu tożsamości)

*właściwe podkreślić rodzic/ opiekun prawny (stopień pokrewieństwa):

Warszawa,
(data)
podpis rodzica / opiekuna prawnego

Warszawa,
(data)
podpis pacjenta (jeżeli ukończył 16 lat)

Warszawa,
(data)
podpis lekarza Izby Przyjęć pobierającego zgodę