…… Przemyśl, dn. ……

pieczątka oddziału

……..

…… ……..

Nazwisko i adres chorego Nr historii choroby

Deklaruję ,że po przeprowadzeniu ze mną rozmowy na temat stanu zdrowia mojego dziecka oraz po wyjaśnieniu jego problemów zdrowotnych oświadczam , że zrozumiałam treść wyjaśnień oraz zasady i zakres proponowanego postępowania medycznego.

Wyrażam zgodę na:

- badania diagnostyczne(pobrania badań z nakłucia żylnego lub tętniczego, cewnikowanie pęcherza moczowego, badania ultrasonograficzne , echokardiografię serca, zdjęcie rtg klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej, rtg układu kostnego , punkcję lędźwiową ,tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz inne badania wymagane do diagnostyki).

-postępowanie terapeutyczne (antybiotykoterapię oraz inne leczenie farmakologiczne, intubację, prowadzenie wspomagania oddechu lub wentylacji mechanicznej, odbarczenie odmy opłucnowej, tlenoterapię, założenie obwodowego i/lub centralnego wejścia dożylnego, fototerapię, transfuzję wymienną i inne postępowanie terapeutyczne przy wskazaniach do ich zastosowania)

Oświadczam ,że zostałam poinformowana o ryzyku związanym z wykonaniem jak i zaniechaniem proponowanych czynności i zabiegów

…….. ……..

podpis i pieczątka lekarza czytelny podpis rodzica lub przedstawiciela ustawowego dziecka

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.