…… 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.

1.Wyrażam zgodę na **transport** mojego dziecka oraz dalszą diagnostykę i leczenie w:

……

……
czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

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

……
czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

3.Wyrażam zgodę na **postępowanie terapeutyczne** (antybiotykoterapię oraz inne leczenie farmakologiczne, intubację, prowadzenie wspomagania oddechu lub wentylacji mechanicznej, odbarczenie odmy opłucnowej, tlenoterapię, założenie obwodowego wejścia dożylnego, fototerapię, transfuzję wymienną i inne postępowanie terapeutyczne przy wskazaniach do ich zastosowania)

……
czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

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.

4.Wyrażam zgodę na wykonanie **punkcji lędźwiowej** u mojego dziecka przy wskazaniach do tego zabiegu. Zostałam poinformowana o ryzyku związanym z wykonaniem zabiegu jak i jego zaniechaniem.

……..

czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

5.Wyrażam zgodę na założenie u mojego dziecka **centralnego dostępu naczyniowego**. Zostałam poinformowana/ny o wskazaniach i ryzyku związanym z wykonaniem tego zabiegu jak i jego zaniechaniem

……..

czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

6.Wyrażam zgodę na **zabieg operacyjny** u mojego dziecka zgodnie ze wskazaniami medycznymi

…….

czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

7. Wyrażam zgodę na **znieczulenie** ogólne i/lub regionalne u mojego dziecka zgodnie ze wskazaniami medycznymi

……..

czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

8. Wyrażam zgodę na zastosowanie u mojego dziecka **hipotermii leczniczej** zgodnie ze wskazaniami medycznymi

……..

czytelny podpis rodzica/ opiekuna ustawowego

……

podpis i pieczątka lekarza

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.