

**FORMULARZ ŚWIADOMYCH ZGÓD I OŚWIADCZEŃ PACJENTKI W CIAŻY (DOT. DZIECKA)**

PO URODZENIU DZIECKA FORMULARZ NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO HISTORII ROZWOJU NOWORODKA

IMIĘ, NAZWISKO, PESEL, HPP

**ZGODA NA UMIESZCZENIE DANYCH PERSONALNYCH DZIECKA**

Wyrażam / nie wyrażam zgody po urodzeniu mojego dziecka na umieszczenie w czasie hospitalizacji na zewnętrznej stronie opaski identyfikacyjnej danych mojego dziecka: płeć, data i godzina urodzenia oraz moje imię i nazwisko.

.....  
data, podpis pacjenta**ZGODA NA UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA, UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, WYDANIE WYNIKÓW BADAŃ DODATKOWYCH**

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka\*, udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych\*, udostępnieniu dokumentacji medycznej dziecka\*, wydaniu wyników badań dodatkowych\*, niżej wymienionym osobom:

1. ....

Imię, nazwisko i PESEL\* **lub** nr dokumentu tożsamości, adres zameldowania lub zamieszkania, data urodzenia

tel. kontaktowy: .....

2. ....

Imię, nazwisko i PESEL\* **lub** nr dokumentu tożsamości, adres zameldowania lub zamieszkania, data urodzenia

tel. kontaktowy: .....

\* *niepotrzebne skreślić*.....  
Data, podpis pacjenta**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - RODO (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) zostałam/em poinformowana/y o tym, że Administratorem moich danych osobowych oraz mojego dziecka jest Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o., które zbiera, przechowuje, a także udostępnia uprawnionym podmiotom na zasadach opisanych w Klauzuli Informacyjnej z dn. 25 maja 2018 r (ze zm.). Zostałam/em również poinformowana/y, że mogę zapoznać się z pełną Klauzulą Informacyjną w formie drukowanej przy konsoli w Izbie Przyjęć oraz w oddziałach Szpitala, w formie elektronicznej na stronie internetowej: [www.szpitalzelazna.pl](http://www.szpitalzelazna.pl), a także o możliwości uzyskania tej Klauzuli drogą elektroniczną (pod adres e-mail: [iod@szpitalzelazna.pl](mailto:iod@szpitalzelazna.pl)), jeśli wyrażę taką prośbę wobec personelu Centrum Medycznego „Żelazna” sp. z o.o.

.....  
Data, podpis pacjenta**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANDARDOWYCH CZYNNOŚCI / PROCEDUR REALIZOWANYCH W SZPITALU CENTRUM MEDYCZNEGO ŻELAZNA SP. Z O.O. PO URODZENIU DZIECKA**

Zostałam poinformowana, że w Oddziale Neonatologii i Intensywnej terapii Noworodka po urodzeniu dziecka, zgodnie z obowiązującym Standardem opieki okołoporodowej (Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 16.08.2018 r.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, w stosunku do noworodków podejmowane są rutynowe czynności i badania konieczne do oceny stanu zdrowia dziecka oraz wdrożenia odpowiedniej profilaktyki. Ze względów medycznych lekarz udzielający świadczeń może zmienić zakres poniższego postępowania poprzez jego poszerzenie, zmniejszenie lub odstąpienie od jego wykonania – o każdej takiej sytuacji zostanie Pani poinformowana.

Do czynności i badań realizowanych standardowo po urodzeniu dziecka zalicza się:

1. **Ocena dziecka wg skali Apgar** – jest to ocena stanu noworodka bezpośrednio po narodzinach dokonywana w celu ustalenia, czy, a jeżeli tak, to w jakim zakresie noworodek wymaga doraźnej pomocy
2. **Badanie ogólnolekarskie i pomiary antropometryczne** (np. waga, długość ciała, obwód głowy i klatki piersiowej) – badania te są niezbędne dla pełnej oceny stanu zdrowia noworodka

**FORMULARZ ŚWIADOMYCH ZGÓD I OŚWIADCZEŃ PACJENTKI CIĘŻARNEJ (DOT. DZIECKA)**

PO URODZENIU DZIECKA FORMULARZ NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO HISTORII ROZWOJU NOWORODKA

IMIĘ, NAZWISKO, PESEL, HPP

3. **Przesiewowe badania w kierunku chorób wrodzonych**, m.in.: SMA, fenyloketonuria, mukowiscydoza, wrodzona niedoczynność tarczycy – celem tych badań jest jak najszybsze rozpoznanie u dziecka choroby wrodzonej, co pozwala na wczesne wdrożenie leczenia mającego zapobiec / zmniejszyć skutki upośledzeń fizycznych i umysłowych związanych z chorobą
4. **Przesiewowe badanie słuchu** – celem tego badania jest wczesne wykrycie ubytków / uszkodzeń słuchu
5. **Przesiewowe badanie pulsoksymetryczne** – celem tego badania jest wczesne wykrycie wrodzonych wad serca
6. **Profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka** – zabieg ten polega na podaniu do worka spojówkowego 0,5% Erytromycyna maść.
7. **Domięśniowe podanie Vit. K** – podaż dziecku witaminy K w celu profilaktyki krwawienia wynikającej z niedoboru witaminy K, która może objawiać się niebezpiecznymi krwawieniami wewnętrznymi, np. do mózgu.
8. **Szczepienia ochronne przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby i gruźlicy** zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień – szczepienia te są obowiązkowe.

.....  
*Data, podpis pacjenta*

Oświadczam, że:

- w pełni zrozumiałam informacje zawarte w niniejszym formularzu,
- zostałam/-tem poinformowana/-y o znaczeniu, skutkach oraz ryzyku związanym z wykonaniem bądź niewykonaniem w/w badań, zabiegów oraz czynności profilaktycznych i w pełni zrozumiałam/-em te informacje,
- akceptuję ww. zaproponowany sposób udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz mojego dziecka,
- potwierdzam że miałam możliwość zadawania pytań odnośnie do informacji, zawartych w tym formularzu i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący (w przypadku wątpliwości co do powyższego postępowania istnieje możliwość uzyskania dodatkowych informacji po urodzeniu dziecka).

.....  
*Data, podpis pacjenta*

Miejsce na wpisanie zastrzeżeń pacjentki:

.....  
*Czytelny podpis pacjentki*.....  
*Czytelny podpis osoby obecnej przy wypełnianiu formularza przez pacjentkę*

Oświadczam, że zostałam poinformowana, iż:

- w przypadku, gdy nie wyrażę zgody na wykonanie określonych czynności medycznych, a lekarz neonatolog stwierdzi, że czynność ta jest niezbędna dla ratowania życia dziecka, zapobiegnięcia ciężkiemu uszkodzeniu ciała lub ciężkiemu rozstrojowi zdrowia, lekarz ma obowiązek, po konsultacji z drugim lekarzem, wykonać te czynności bez zgody rodzica i poinformować Sąd Rejonowy (art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty)
- w przypadku, gdy nie wyrażę zgody na wykonanie określonych czynności medycznych, a lekarz neonatolog stwierdzi, że czynność ta jest niezbędna, aby usunąć zagrożenie utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać te czynności po uzyskaniu zgody Sądu Rejonowego (art. 34 ust. 6 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty);
- w przypadku, gdy dziecko wymagać będzie niezwłocznej pomocy lekarskiej, a nie będzie możliwości porozumienia się ze mną, lekarz neonatolog ma prawo wykonać te czynności bez mojej zgody, w miarę możliwości po konsultacji z innym lekarzem (art. 33 ust. 1 i 2 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty)

.....  
*Data, podpis pacjenta*