|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Documents and Settings\ipczd\Pulpit\WIZUALIZACJA\logo\logo_mini.jpg | 07R-1-00330-03-08  Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"  IZBA PRZYJĘĆ , L/IP, 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20  tel.: 22 815 74 44; fax.: 22 815 73 31  Regon: 000557961; NIP: 952 11 43 675, 000000018625 -603 -4901  **ZGODA NA LECZENIE SZPITALNE** | Data wydania: 01.01.2020r.  Wydanie 6; Strona 1 z 1  **Numer Kartoteki**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | / |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia dziecka:** |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  | r. | **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** |
| * opieką lekarską, pielęgniarską, psychologiczną, fizjoterapeutyczną oraz inną w tym opiekunek dziecięcych; * zakładaniem i utrzymaniem dojść do naczyń krwionośnych umożliwiających podawanie leków lub pobieranie krwi; * wykonywanie standardowych badań:   - 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.* | 🞎  🞎  🞎 | 🞎  🞎  🞎 |
| * 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 w grupach wiekowych, zgodnie z zasadą ugruntowanego zastosowania medycznego, co wiążę 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. | 🞎  🞎 | 🞎  🞎 |
| * pobraniem krwi w celu wykonania oznaczenia przeciwciał anty-HCV, antygenu HBs, anty-HIV  w przypadku ekspozycji zawodowej pracownika na materiał biologiczny pochodzący od pacjenta  (np. skaleczenie, zakłucie) | **🞎** | **🞎** |
| * udziałem studentów w czynnościach medycznych udzielanych mojemu dziecku w trakcie hospitalizacji na podst. Art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | **🞎** | **🞎** |

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 i pieczęć lekarza Izby Przyjęć pobierającego zgodę*