

2 BLANKAS
TĖVŲ SUTIKIMAS VAIKO AR JAUNUOLIO APŽIŪRAI, GYDYMUI ARBA PRIEŽIŪRAI

Informacija apie asmenį (arba iš anksto atspausdintas lipdukas)

Pavardė
Vardai
Gimimo data
 Vyr. Mot. H+C Nr. (arba kitas tapatybės numeris)
Ypatingi poreikiai (kalbos ar kitokie)

Sveikatos priežiūros darbuotojo pareiškimas

Atsakingas sveikatos apsaugos specialistas Pareigos
Siūlomoms procedūroms arba gydymo kurso pavadinimas (parašykite kūno pusę arba vietą ir trumpą paaiškinimą,
jei medicinos terminas neaiškus)

Apie procedūrą paaiškinau. Konkrečiai paaiškinau:

Numatomi rezultatai:

Rimti arba dažnai pasitaikantys pavojai:

Galimos papildomos procedūros, kurių gali prireikti procedūros metu.

Kraujo perpylimas kita procedūra (nurodykite)

Procedūros metu bus taikoma: bendroji ir / arba regioninė nejautra vietinė nejautra nuskausminimas

Taip pat buvo aptarta, kokie yra procedūros elementai, bet kokių kitokių galimų alternatyvių gydymų rezultatai ir pavojai (įskaitant jokie gydymo), bet kokių audinių bandiniai, kuriuos gali tekti paimti, ir kiti vaikui ir jo (jos) tėvams rūpimi klausimai.

Buvo pateikta ši skrajutė / juosta

Parašas Data

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis) Pareigos

Kontaktinė informacija (jeigu pacientas detales nori aptarti vėliau)

Vertėjo pareiškimas (kai reikalingas)

Aš išverčiau anksčiau nurodytą informaciją vaikui ir jo (jos) tėvams kiek įmanoma tiksliau ir, mano nuomone, suprantamai.

Parašas Data

Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)

Kopija patvirtinimo vaikas / tėvas Taip / Ne (apibraukite)

Tėvo / motinos pareiškimas

Prašom atidžiai perskaityti šį blanką. Jei jūsų gydymas buvo suplanuotas iš anksto, jau turėtumėte turėti kopiją, kurioje aprašomi siūlomo gydymo rezultatai ir pavojai. Jeigu kopijos dar neturite, ji bus jums pasiūlyta dabar. Jei dar turite klausimų, klauskite – mes čia esame tam, kad jums ir jūsų vaikui padėtume. Turite teisę bet kada apsigalvoti, net ir pasirašę blanką.

Aš sutinku su procedūra arba gydymo kursu, aprašytu šiame blanke ir **patvirtinu**, kad už šį vaiką esu atsakingas „tėvų atsakomybės teise“.

Aš suprantu, kad negalite garantuoti, jog procedūrą atliks tam tikras asmuo. Tačiau tas asmuo vis tiek turės reikiamos patirties.

Aš suprantu, kad prieš atliekant procedūrą aš ir mano vaikas turėsime galimybę aptarti neįtrauktą su anesteziologu, išskyrus skubų atvejį, kai to nebeis laiko stoka. (Tai taikoma tik tiems vaikams, kuriems taikoma bendroji arba regioninė neįtraukta).

Aš suprantu, kad bet kokia papildoma procedūra prie nurodytųjų šiame blanke bus atlikta tik tada, kai ji bus būtina, kad būtų išgelbėta mano vaiko gyvybė arba išvengta rimtos žalos jo (jos) sveikatai.

Man paaiškino apie galimas papildomas procedūras, kurios mano vaiko gydymo metu gali būti būtinos. Toliau surašiau procedūras, **kurių nenoriu, kad mano vaikui atliktų** be atskiro aptarimo.

.....
.....
***Aš sutinku**, kad sveikatos apsaugos studentai, prižiūrimi profesionalių sveikatos apsaugos darbuotojų, stebėtų arba padėtų teikiant priežiūros paslaugas mano vaikui. **Jūs galite išbraukti šį sakinį – tai neturės įtakos Jūsų vaiko priežiūrai.*

ParašasData

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis)Ryšys su vaiku.....

Vaiko sutikimas (jeigu vaikas nori pasirašyti)

Sutinku, kad man būtų teikiamas gydymas, apie kurį man paaiškino.

ParašasData.....

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis)

Sutikimo patvirtinimas (šią skiltį turi užpildyti sveikatos apsaugos specialistas, kai vaikui leidžiama atlikti procedūrą ir tėvas (motina) / vaikas iš anksto pasirašė blanką). Patvirtinu, kad vaikas / tėvas (motina) daugiau klausimų neturi ir pageidauja, kad procedūra būtų pradėta.

ParašasData

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis).....Pareigos

Svarbios pastabos: (pažymėkite, jei reikia)

Taip pat žr. išankstinius nurodymus / nurodymą dėl gyvybės (pvz., Jehovos liudytojo blanką)

Tėvas atšaukė sutikimąData

(paprašykite tėvo / motinos čia pasirašyti / parašyti datą)