

Fundusz Służby Zdrowia i Opieki
Społecznej _____
Jednostka Szpitala _____

PRAKTYKA LEKARSKA lub inna _____
Główna jednostka służby zdrowia _____

**Formularz 2 – ZGODA RODZICIELSKA NA BADANIE, LECZENIE
LUB OPIEKĘ NAD DZIECKIEM LUB MŁODZIEŻĄ**

Dane osobowe (lub wydrukowana wcześniej etykieta)

Nazwisko.....
Imiona
Data urodzenia.....
 Mężczyzna Kobieta Numer H+C (lub inny identyfikator)
Specjalne wymagania (językowe lub inne)

Oświadczenie pracownika służby zdrowia

Odpowiedzialny pracownik służby zdrowia Stanowisko
Nazwa proponowanej procedury, leczenia lub serii zabiegów (łącznie ze stroną ciała, miejscem na ciele oraz krótkim objaśnieniem w przypadku niejasnych terminów medycznych)

Wyjaśniłem procedurę. W szczególności wyjaśniłem:

Korzyści, które zamierza się uzyskać:

Poważne lub często występujące ryzyko:

Możliwe dodatkowe procedury, których konieczność wykonania może zaistnieć podczas wykonywania procedury

Transfuzja krwi inna procedura (proszę wyszczególnić).....

Procedura ta będzie wymagała: narkozy i/lub znieczulenia części ciała znieczulenia miejscowego

zastosowania środków uspokajających

Przedyskutowałem również z pacjentem z czym najprawdopodobniej procedura będzie się wiązać, korzyści oraz ryzyko innych dostępnych metod leczenia (łącznie z niepoddawaniem się leczeniu), próbki tkanki, których konieczność pobrania może zaistnieć oraz wszelkie konkretne obawy dziecka i jego rodziców.

Wydano następującą ulotkę/kasetę.....

Podpis Data

Imię i nazwisko (Drukiem) Stanowisko.....

Dane kontaktowe (jeżeli pacjent życzy sobie przedyskutować opcje w terminie późniejszym).....

Oświadczenie tłumacza (jeśli dotyczy)

Przetłumaczyłem powyższe informacje najlepiej jak tylko potrafię i w sposób, który uważam za zrozumiały dla pacjenta/jego rodzica

Podpis Data

Imię i nazwisko (Drukiem).....

Kopia zaakceptowana przez dziecko/rodzica (odpowiednie zakreślić)

Oświadczenie rodzica

Proszę dokładnie przeczytać ten formularz. Jeżeli leczenie było wcześniej planowane, powinieneś już posiadać własną kopię formularza, która przedstawia korzyści i ryzyko proponowanego leczenia. Jeśli nie, to teraz otrzymasz jego kopię. W przypadku jakichkolwiek dodatkowych pytań, zwróć się do nas – jesteśmy tutaj, aby pomóc Tobie oraz Twojemu dziecku. Masz prawo w każdej chwili zmienić zdanie, nawet po podpisaniu tego formularza.

Zgadzam się na wykonanie opisanej w tym formularzu procedury, leczenia lub serii zabiegów oraz **potwierdzam**, iż ponoszę „odpowiedzialność rodzicielską” za to dziecko.

Rozumiem, że nie może mi zostać zagwarantowane wykonanie tej procedury przez konkretną osobę. Osoba, którą ją wykona będzie jednak posiadała odpowiednie doświadczenie.

Rozumiem, że moje dziecko i ja będziemy mieć przed wykonaniem procedury możliwość omówienia szczegółów dotyczących narkozy z anestezjologiem, chyba, że nagłość sytuacji to wykluczy. (Dotyczy to tylko dzieci, które otrzymają narkozę lub znieczulenie części ciała.)

Rozumiem, że każda dodatkowa procedura, która nie jest wymieniona w tym formularzu będzie wykonana tylko wówczas, gdy konieczne to będzie dla ocalenia życia mojego dziecka lub w celu zapobieżenia poważnego uszczerbku na jego zdrowiu.

Poinformowano mnie o możliwych procedurach dodatkowych, których wykonanie może być konieczne podczas leczenia/zabiegu mojego dziecka.

Wymieniłem poniżej wszystkie procedury, **których wykonania nie życzę sobie** bez konsultacji ze mną.

.....
.....
***Wyrażam zgodę** na obserwację lub pomoc studentów opieki zdrowotnej w opiece nad moim dzieckiem, pod nadzorem pracowników służby zdrowia. **Zdanie to można usunąć, bez wpływu na opiekę nad Twoim dzieckiem.*

PodpisData

Imię i nazwisko (**Drukiem**)..... Pokrewieństwo względem dziecka.....

Zgoda dziecka (jeżeli dziecko życzy sobie podpisać)

Zgadzam się na leczenie/zabieg, o którym mi powiedziano.

Podpis.....Data

Imię i nazwisko (**Drukiem**)

Potwierdzenie wyrażenia zgody (do wypełnienia przez pracownika służby zdrowia kiedy dziecko zostanie przyjęte w celu wykonania procedury, jeżeli rodzic/dziecko podpisał(o) formularz wcześniej. Potwierdzam, iż dziecko/rodzic nie ma więcej pytań i zgadza się na rozpoczęcie procedury.

Podpis.....Data

Imię i nazwisko (**Drukiem**)Stanowisko.....

Ważne informacje: (zaznacz, jeśli dotyczy)

Zobacz również wcześniejsze polecenia pacjenta/wolę pro futuro (np. formularz Świadka Jehowy)

Rodzic wycofał zgodęData.....

(poproś rodzica o podpis i wpisanie daty)

