



KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.



.....
imię i nazwisko matki oraz płeć dziecka

WYRAŻAM ZGODĘ U MOJEGO DZIECKA (NOWORODKA) NA:

1. Pobyt w oddziale noworodków

.....
data i podpis matki

2. Wykonanie obowiązkowych zabiegów profilaktycznych i diagnostycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem:

- a. podanie Vit. K (doustnie lub domięśniowo w zależności od wskazań),
- b. profilaktykę zakażeń przedniego odcinka oka (zabieg Credego),
- c. podanie immunoglobuliny Gamma anty HBs (u dzieci matek HBs dodatnich lub bez wyniku badania HBs, jeśli jego wykonanie po porodzie jest niemożliwe),
- d. rozpoczęcie profilaktyki krzywicy (podawanie Vit. D – doustnie),
- e. badanie przesiewowe w kierunku wrodzonych przewodozależnych wad serca (test pulsoksymetryczny),
- f. badanie przesiewowe słuchu,
- g. pobranie krwi na testy przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolizmu i mukowiscydozy.

.....
data i podpis matki

3. Szczepienia ochronne przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (Euvax B) oraz gruźlicy (BCG)

.....
data i podpis matki

4. Wykonanie zabiegów diagnostycznych wynikających z przebiegu ciąży oraz porodu.

.....
data i podpis matki

5. Wykonanie badań dodatkowych wynikających ze stanu noworodka w czasie pobytu w oddziale (po ustnym wyjaśnieniu ich zasadności).

.....
data i podpis matki