

173

Oddział Neonatologiczny
ZOZ Sucha Beskidzka

ZGODA NA OPIEKĘ NAD NOWORODKIEM w systemie rooming-in

JA, niżej podpisana / ny - przedstawiciel ustawowy dziecka.....
(oznaczenie dziecka)^o

oświadczam, iż wyrażam zgodę na przebywanie po porodzie wraz z dzieckiem w Oddziale Położniczym w systemie rooming-in, tj. na sprawowanie częściowej opieki nad dzieckiem podczas przebywania w szpitalu. Oświadczam, iż zostałam poinformowana, że w przypadku złego samopoczucia mogę prosić o pomoc w opiece nad dzieckiem pielęgniarkę Oddziału.

Wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka bezpośrednio po porodzie wszystkich niezbędnych czynności pielęgnacyjnych.

Wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka obowiązkowymi szczepieniami (BCG, wirusowe zapalenie wątroby typu B), wykonanie badań przesiewowych słuchu, w kierunku fenylketonurii, hypotyreozy, mukowiscydozy (konieczne pobranie krwi).

W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia dziecka wyrażam zgodę na udzielenie mu pomocy w postaci wykonania koniecznych badań diagnostycznych, zastosowania niezbędnego leczenia farmakologicznego oraz innej niezbędnej pomocy medycznej.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego