



SANATORIO  
OTAMENDI MIROLI S.A.

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Поступление в отделение интенсивной терапии  
для новорождённых

Дата поступления

Ваш ребенок помещен в отделение интенсивной терапии новорожденных, поскольку у него серьезное или прогнозируемое серьезное заболевание, требующее специального лечения и/или наблюдения, и может потребовать мер или методов, именуемые «ПОДДЕРЖКОЙ ЖИЗНИ». Данные методы могут нести в себе риски, о которых вы должны знать. Эти риски различаются по частоте и степени тяжести в зависимости от техники и реакции каждого ребенка.

Лечащий врач обязан сообщить вам об этом и запросить ваше согласие, если это позволяет срочность.

Цель этой информации - помочь вам узнать факты, для принятия свободного и добровольного решения о согласии на такую процедуру или отказе от неё. Наиболее распространёнными процедурами являются:

- Те, которые возникают в результате установки катетеров в вены и артерии, что может привести к таким осложнениям, как кровотечения, тромбы, инфекции и др.
- Респираторы, используемые для помощи или замены собственного дыхания, могут иметь нежелательные последствия, такие как лёгочные инфекции, утечка воздуха из-за разрыва лёгкого, обструкции, травмы трахеи и другие.
- Нежелательные реакции; в первую очередь на лекарственные препараты, а также на кровь или ее производные, могут быть обусловлены аллергическими реакциями или нежелательными побочными эффектами.

Персонал, осуществляющий уход за вашим ребёнком, знает об этих возможностях и бдительно следит за их возможным возникновением, чтобы бороться с ними. Хотя нежелательные реакции или осложнения могут ухудшить положение ребёнка, польза от этих мер или методов намного их превосходит. В конкретном случае с вашим ребёнком мы объясним Вам, какие из этих мер будут использованы и в чем их польза. Вы можете запросить столько информации, сколько Вам потребуется, и задать любые интересующие вас вопросы, а также Вы можете в любой момент отозвать своё согласие.

Я проинформирован/а о причине госпитализации моего ребёнка в отделение интенсивной терапии для новорождённых, о методах, которые могут потребоваться, и о рисках, которые могут возникнуть в связи с ними. Я понимаю содержание данного документа, получаю запрошенную дополнительную информацию и соглашаюсь на принятие необходимых мер. Я могу пересмотреть это решение в любое время в течение болезни моего ребёнка. Я (имя и фамилия лица, ответственного за ребёнка), \_\_\_\_\_

Удостоверение личности № \_\_\_\_\_:

- Я даю согласие на проведение медицинских процедур, необходимых для сохранения жизни, здоровья и целостности несовершеннолетнего ребёнка.
- Я даю согласие на тщательное клиническое обследование.
- Я даю согласие на забор крови в случае необходимости и всегда в соответствии с клиническим состоянием и медицинскими потребностями ребёнка.
- Я даю согласие на забор и проведение рентгена, компьютерной томографии, ультразвукового исследования и всех процедур, позволяющих правильно и своевременно диагностировать, лечить несовершеннолетнего; процедуры, о которых меня проинформируют, также об их результатах.
- Я даю согласие на проведение венопункции с целью введения растворов или лекарств так часто, как это необходимо для обеспечения надлежащего и своевременного лечения несовершеннолетнего и сохранения его здоровья и целостности.
- Я даю согласие на установку орогастрального или мочепузырного катетера, при необходимости для конкретного контроля, если этого требует клиническое состояние несовершеннолетнего ребенка; при отсутствии срочности, об данной процедуре будет сообщено заранее.
- Я даю согласие на переливание крови, при необходимости и соответствии клиническому состоянию ребёнка (в данном случае требуется подписание специального формуляра согласия).
- Я даю согласие на проведение инвазивных процедур (чрескожные катетеры, пупочные катетеры, центральные венозные катетеры, периферические артериальные катетеры) с целью поддержания жизни ребёнка и сохранения его физической целостности, обеспечивая адекватное, гуманное и бережное отношение к ребёнку; при возникновении необходимости проведения данных процедур, я буду проинформирован/а лечащими врачами.



SANATORIO  
OTAMENDI MIROLI S.A.

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Поступление в отделение интенсивной терапии  
для новорождённых

Дата поступления

- Я даю согласие на то, что в случае, если грудное вскармливание противопоказано, я соглашусь на специальное искусственное молоко в качестве замены грудного.
- Я обязуюсь предоставлять правдивую информацию по требованию членов медицинской команды и выполнять медицинские предписания, кроме того, я даю согласие на то, что личные данные в моей истории болезни и её содержание могут быть раскрыты по требованию компании социального обеспечения или медицинской страховой компании, оплачивающей услуги лечения.

Замечания:

---

---

---

Я ..... отец/мать/законный представитель  
..... (имя ребёнка и фамилия матери) был/а  
проинформирован/а доктором ..... и УПОЛНОМОЧИВАЮ отделение  
интенсивной терапии для новорождённых/педиатрическое отделение интенсивной терапии  
проводить необходимые меры по ПОДДЕРЖКЕ ЖИЗНИ, будучи проинформированным/ой в устной  
и письменной форме об их характеристиках, рисках и возможных альтернативах.

В Буэнос-Айресе, Санаторий Отаменди, \_\_\_\_\_ число/месяц \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,  
..... время.

Врач:  
Имя и фамилия:

M.N.:  
(номер лицензии)

Отец/Мать/ законный представитель  
Имя и фамилия:

Удостоверение личности  
№:

Подпись: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

## ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

Я ..... отец/мать/законный представитель.....

..... (имя ребёнка и фамилия матери) ОТЗЫВАЮ своё согласие на

.....

В Буэнос-Айресе, Санаторий Отаменди, \_\_\_\_\_ число/месяц \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,  
..... время.

Отец/мать/законный  
представитель

Имя и фамилия:  
Удостоверение  
личности №:

Подпись: