

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA DO 18 ROKU ŻYCIA

Opiekun prawny.....
imię i nazwisko

..... adres zamieszkania
PESEL [| | | | | | | | | | | | | |], legitymujący/a się.....
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

Wyrażam jednorazową zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności wskazanego przeze mnie opiekuna faktycznego oraz na:

1. Konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta **TAK / NIE***
2. Wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich **TAK / NIE***
3. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu **TAK / NIE***
4. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty **TAK / NIE***
5. Podanie leków zaordynowanych w trakcie wizyty (również iniekcji) **TAK / NIE***
6. Wykonanie szczepienia (wymaga wypełnienia poniżej) **TAK / NIE***
7. Udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta młodocianego, rozpoznaniu, możliwych i proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz o rokowaniu **TAK / NIE***

W dniu

dla małoletniego.....
imię i nazwisko

..... adres zamieszkania
PESEL [| | | | | | | | | | | | | |]

w obecności opiekuna faktycznego.....
imię i nazwisko

..... adres zamieszkania
PESEL [| | | | | | | | | | | | | |], legitymujący/a się

..... nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości.....

Wywiad konieczny w przypadku wyrażenia zgody na wykonanie szczepienia ochronnego – dotyczy pkt. 6:

1. Czy dziecko w dniu podpisania oświadczenia jest zdrowe? **TAK / NIE***
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakiegokolwiek szczepionki lub lateks? **TAK / NIE*** (jakie?)
.....
3. Czy kiedykolwiek u dziecka wystąpiła ciężka reakcja po szczepieniu? **TAK / NIE***
(jaka?).....
4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę) oraz czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)? **TAK / NIE***
W przypadku odpowiedzi **TAK** proszę podać jakie to schorzenie i jakie leki dziecko przyjmuje
.....

5. Czy dziecko w ciągu ostatnich 3 miesięcy leczono Kortyzonem, Prednizonem lub innym Kortykosteroidem (Deksametazonem, Enkortonolem, Enkortonem, Hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.) **TAK / NIE***
6. Czy dziecko poddawano radioterapii (napromieniowaniu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)? **TAK / NIE***
7. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? **TAK / NIE***
8. Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń? **TAK / NIE***
9. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)? **TAK / NIE***
10. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej, półpaśca)? **TAK / NIE***
11. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? **TAK / NIE*** (jaką?)
.....
12. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca? **TAK / NIE***
13. Data poprzedniego szczepienianazwa szczepionkidawka.....

Po świadomym i rzetelnym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego niepełnoletniego dziecka szczepienia ochronnego w zakresie:..... w poradni:.....

miejscowość.....data.....godz.....

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

*niewłaściwe skreślić