

## Upoważnienie na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu do 18 r.ż.

Ja poniżej podpisana, będąc opiekunem prawnym

.....PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

zam.....legitymująca/y się.....

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

wyrażam jednorazową zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności: wskazanego przez osobę, która sprawuje prawną pieczę nad małoletnim opiekuna faktycznego małoletniemu do 6 r.ż. / bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad małoletnim, albo opiekuna faktycznego małoletniemu po ukończeniu 6 r.ż.\*

.....PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

zam..... w obecności opiekuna faktycznego

.....PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

zam.....legitymująca/y się.....

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

## W zakresie:

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\*

## Wywiad konieczny w przypadku wyrażenia zgody na wykonanie szczepienia ochronnego:

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 nagle, 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 i kiedy?).....
12. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca? TAK / NIE\*

Po świadomym i rzetelnym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia ochronnego w zakresie:.....w jednostce organizacyjnej.....SZPZOZ w Twardogórze dnia.....

.....  
(czytelny podpis pacjenta małoletniego po 16 r.ż.).....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

\*niewłaściwe skreślić