

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia.
Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego
oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji**

.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania

.....
miejscowość, data

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec; matka)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- | | TAK | NIE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. konsultację lekarską, wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich,
badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. rehabilitację | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. pobieranie krwi i/lub wydzielin organizmu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. odebranie recepty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. podanie zaordynowanych leków w trakcie wizyty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. wykonanie szczepienia* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- * wymaga wypełnienia wywiadu poniżej

UWAGA: w przypadku dzieci do 6 r.ż. zalecany jest udział opiekuna prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych – zdefiniowanych przez opiekuna prawnego dopuszcza się udział opiekuna faktycznego po podpisaniu niniejszego Oświadczenia.

w dniu dla.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta)

.....
(PESEL lub data urodzenia)

w obecności opiekuna faktycznego:
(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

Nr dokumentu tożsamości opiekuna

Oświadczam, że wyrażam zgodę także:

na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:

Do pkt 5. – w przypadku zgody na wykonanie szczepienia ochronnego proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Czy dziecko choruje obecnie na infekcję przebiegającą z gorączką lub bez gorączki?

Tak Nie Nie wiem

2. Czy dziecko jest uczulone na białko jaja kurzego, drożdże, składniki szczepionki (np. formaldehyd, neomecynę), lateks, inne leki i pokarmy?

Tak Nie Nie wiem

3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek reakcja po szczepieniu?

Tak Nie Nie wiem

4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi (np. hemofilię) lub metaboliczną (np. cukrzycę)?

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to na jaką chorobę?

5. Czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?

Tak Nie Nie wiem

6. 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 Nie wiem

Kolejne pytania dotyczą tylko szczepionek żywych (ospa wietrzna, odra/świnka/różyczka, rotawirusy, żółta gorączka, gruźlica)

7. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagle niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to na jaką chorobę?.....

8. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem, lekami cytostatycznymi (przeciw nowotworom złośliwym), radioterapią (napromienianiem) lub lekami biologicznymi (lekami immunologicznymi np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to jakie leki? Kiedy było napromieniowywane?.....

9. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub aktualnie przyjmuje lek przeciwwirusowy?

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to jakie leki, kiedy?.....

10. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, to proszę podać rodzaj i datę?.....

11. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciągu najbliższego miesiąca?

Tak Nie Nie wiem

Zostałem/am poinformowany/a o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach po szczepieniu, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia. Poinformowano mnie również, że w ciągu 30 min. od iniekcji konieczne jest pozostanie w przychodni i informowanie personelu medycznego o wszystkich niepokojących objawach. Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi. Zostałem/zostałam poinformowany/a o szczepionkach zalecanych.

Wyrażam zgodę na szczepienie dziecka szczepionką:.....

.....
Podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego