

**СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ  
НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), находясь  
в акушерском физиологическом отделении, ознакомлена врачом-неонатологом  
\_\_\_\_\_ (ФИО) с намеренным общим  
планом обследования и лечения моего новорожденного ребенка.

Врачом-неонатологом мне лично были разъяснены цели, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения. При отказе - напишите напротив пункта - **отказ**:

- Общий осмотр
- Лабораторное обследование
- Определение проходимости пищевода
- Неонатальный скрининг на врожденные заболевания
- Аудиоскрининг
- Кардиоскрининг
- При необходимости УЗИ и рентгеновское обследование

Я уведомлена о том, что в учреждении, в том числе в приемном отделении, родильных залах, палатах, операционных, холлах, внутренних и прилегающих территориях в целях моей безопасности может вестись фото / видео / аудио фиксация происходящего.

Я ознакомлена с планом предполагаемого медикаментозного лечения (профилактика геморрагического синдрома - викасол), действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов или в случае изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения. Кроме того, я согласна на то, что некоторые лекарственные препараты или методы обследования могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получила исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имела достаточно времени для принятия решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю лечащему врачу своего ребенка.

Разрешаю давать информацию (в полном или неполном объеме) о состоянии, прогнозе, лечении и состоянии моего ребенка только

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя отчество лица, которому разрешено давать информацию)

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Подпись, расшифровка подписи)

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_