

Новороденото (доносеното) се повива през 3 часа. Тоалет се извършва двукратно в денонощието (тоалет на пъпа и очите). Ваксиниране на доносено новородено срещу хепатит Б се извършва след 12-раждането, а след 48-ия час от раждането - ваксиниране с БЦЖ вакцина. Задължителното изследване за фенилкетонурия и хипотиреоидизъм се прави след 72-ия час от раждането.

Всяка родилка и нейният съпруг (партньор) предоставят необходимите документи за връзка с издаването на удостоверение за раждане на новороденото.

Допълнителна информация за сегашното си състояние и предлаганата Ви опция можете да получите от лекуващия си лекар!

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИ УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

Желая /не желая/ сведения за здравословното ми състояние да бъдат дадени на близките ми.

Съгласна съм, при необходимост да бъдат използвани кръв и кръвни продукти по предназначение, ако се сметне за необходимо.

- Получил съм достатъчно информация за причините, които налагат кръвопреливане
- Разяснена ми е целта на преливането и очаквания резултат;
- Разяснено ми е, че при предстоящото преливане на кръв и кръвни съставки, независимо от всички предприети мерки е възможно да възникнат ранни и/или късни реакции и усложнения;
- Разяснени са ми съществуващите алтернативи, техните възможности и последствията произтичащи от тях.

Съгласна съм, при необходимост да бъдат извършени рентгенологични изследвания. Информирана съм, че:

- Всяка рентгенография е свързана с определено лъчево натоварване, което не надвишава нормата от 1,5 бара за една снимка.
- Със съвременните рентгенови апарати и използването на специални касети с усилен фолии облъчването се намалява с няколко пъти /2,8 пъти/.

Съгласна съм да се подложя на предлаганото ми лечение, включително на всички процедури за обезболяване. Съгласна съм да се подложя на необходимите изследвания. Съгласна съм да приема всички предписани лечебни средства и манипулации. Съгласна съм да се подложя и на онези процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат необходими по време на лечението.

Трите имена:

/пациент/

.....
/ЕГН, трите имена, постоянен адрес на настойника при лица под 18 г. и такива със заболявания

Дата:

Не съм съгласна с:

Трите имена:.....

Дата:

Подпис:

амниотомия, вкл. преливане през 2 часа, поставяне на ваксини, етикетомия, система с окситоцин, Кристелер, рентгенологични изследвания.

Подпис: