pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Program obrazovanja u Pensilvaniji o prevenciji sindroma iznenadne novorođenačke smrti

Potvrda bez prisile

Upute koje je izdala bolnica/ porođajni centar / pružalac zdravstvenih usluga: Ako porodica odluči da se porođaj obavi van bolničkog ili porođajnog ceentra, svaka porodica treba popuniti dva obrasca prije otpuštanja iz bolnice ili nakon rođenja bebe (beba). Roditeljima dajte informacije o sindromu iznenadne novorođenačke smrti i preventivnim mjerama. Tražite da roditelj-i dobrovoljno potpiše-u ovaj obrazac, čime će potvrditi da je ili da su dobili, pročitali i razumjeli informacije o Sindromu iznenadne novorođenačke smrti i preventivnim mjerama. Roditeljima dajte jedan primjerak potpisanog obrasca, a drugi zadržite u zdravstvenoj evidenciji.

Dio koji popunjava bolnica / porođajni centar / pružalac zdravstvenih usluga:

NAZIV BOLNICE: _____

BEBINO ZVANIČNO IME I PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____ POL ☐ M ☐ Ž

Roditelju-ima su date informacije o sindromu iznenadne novorođenačke smrti, kao i brošura. DATUM: _____

NAPOMENE:

_____

Dio koji popunjava roditelj, očuh ili maćeha, roditelj koji je usvojio dijete, staratelj, pravni skrbnik ili zakonski zastupnik:

Roditelj: Od bolnice sam dobio-la informacije o sindromu iznenadne novorođenačke smrti i bezbjednom stavljanju novorođenčadi na spavanje. Ovu izjavu potpisujem dobrovoljno i time potvrđujem da sam primio-la, pročitao-la i razumio-la informacije koje sam dobio-la o SIDS-u.

POTPIS, MAJKA : _____ ODBILA: ☐ DATUM: _____

POTPIS, OTAC: _____ ODBIO: ☐ DATUM: _____

POTPIS, DRUGO LICE: _____ ODBILO: ☐ DATUM: _____

(očuh ili maćeha, roditelj koji je usvojio dijete, zakonski staratelj, zakonski zastupnik)

Ovaoj obrazac i prateće informacije u njemu su date u skladu sa Zakonom 73 iz 2010.

(10/27/10)