MOLIMO VAS DA DOBRO PRITISNETE OLOVKU PRILIKOM POPUNJAVANJA OVOG OBRASCA JER ISTOVREMENO POPUNJAVATE 3 KOPIJE.

Pensilvanijski program za podizanje svijesti i sprječavanje sindroma tresenja djeteta

„Zaštita života beba je isto što i očuvanje jedne porodice u određenom času.“

IZJAVA O DOBROVOLJNOM PRISTANKU

Uputstva koja je izdala bolnica / centar za porođaje: Ispunite jedan obrazac za svako novorođenče. Dostavite roditelju-ima informacije o sindromu tresenja djeteta i mjerama zaštite. Tražite od njih da dobrovoljno potpišu ovaj obrazac i da na taj način potvrde da su dobili i razumjeli informacije. Jedan primjerak ovog obrasca dajte roditeljima, drugi zadržite u zdravstvenoj evidenciji, a treći pošaljite medicinskim sestrama - koordinatorima *Pensilvanijskog programa za podizanje svijesti i sprječavanje sindroma tresenja djeteta.*

NAZIV BOLNICE: _____

BEBINO IME I PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____ **POL: M ❑ Ž ❑**

RODITELJI SU DOBILI INFORMACIJE O SINDROMU TRESENJA DJETETA NA DAN:
_____

❑. Razgovor obavljen sa medicinskom sestrom ❑ Odgledan video snimak ❑ Primljena brošura ❑ Viđeni posteri na odjelu

BILJEŠKE:

Roditelj: U bolnici su mi predočene informacije o sindromu tresenja djeteta. Dobrovoljno potpisujem ovu izjavu i na taj način potvrđujem da sam dobio-la, pročitao-la i razumio-la ove informacije.

POTPIS, MAJKA:	_____	**ODBILA DA SE POTPIŠE: ❑**	**DATUM:** _____
POTPIS, OTAC:	_____	**ODBIO DA SE POTPIŠE: ❑**	**DATUM:** _____
POTPIS, TREĆE LICE:	_____ (očuh, maćeha, roditelj koji je usvojio dijete, zakonski staratelj, osoba sa zakonskim pravom na brigu o djetetu)	**ODBIO-LA DA SE POTPIŠE: ❑**	**DATUM:** _____

Ovaj obrazac i prateće informacije su dostavljene u skladu sa Zakonom 176 iz 2002. g. (11 P.S. i 2121-2126).

(1/19/09)

MOLIMO VAS DA DOBRO PRITISNETE OLOVKU PRILIKOM POPUNJAVANJA OVOG OBRASCA JER ISTOVREMENO POPUNJAVATE 3 KOPIJE.

Pensilvanijski program za podizanje svijesti i sprječavanje sindroma tresenja djeteta

„Zaštita života beba je isto što i očuvanje jedne porodice u određenom času.“

IZJAVA O DOBROVOLJNOM PRISTANKU

Uputstva koja je dala bolnica / centar za porođaje: Ispunite jedan obrazac za svako novorođenče. Dostavite roditelju-ima informacije o sindromu tresenja djeteta i mjerama zaštite. Tražite od njih da dobrovoljno potpišu ovaj obrazac i da na taj način potvrde da su dobili i razumjeli informacije. Jedan primjerak ovog obrasca dajte roditeljima, drugi zadržite u zdravstvenoj evidenciji, a treći pošaljite medicinskim sestrama - koordinatorima *Pensilvanijskog programa za podizanje svijesti i sprječavanje sindroma tresenja djeteta.*

NAZIV BOLNICE: _____

DATUM ROĐENJA: _____ POL: M ❑ Ž ❑

RODITELJI SU DOBILI INFORMACIJE O SINDROMU TRESENJA DJETETA NA DAN:
_____

❑. Razgovor obavljen sa medicinskom sestrom ❑ Odgledan video snimak ❑ Primljena brošura ❑ Viđeni posteri na odjelu

BILJEŠKE:

Roditelj: U bolnici su mi predočene informacije o sindromu tresenja djeteta. Dobrovoljno potpisujem ovu izjavu i na taj način potvrđujem da sam dobio-la, pročitao-la i razumio-la ove informacije.

POTPIS, MAJKA: **ODBILA DA SE POTPIŠE: ❑ DATUM:**

POTPIS, OTAC: **ODBIO DA SE POTPIŠE: ❑ DATUM:**

ODBIO-LA DA SE POTPIŠE: ❑ DATUM:
_____

Ovaj obrazac i prateće informacije su dostavljene u skladu sa Zakonom 176 iz 2002. g. (11 P.S. i 2121-2126).

(1/19/09)