



Ознакомительная программа по предотвращению синдрома тряски младенца штата Пенсильвания (Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention and Awareness Program)

«Сохранить жизнь ребенка в каждой семье».

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ СОГЛАСИИ

Указания для сотрудников больницы/родильного дома: заполните одну форму на каждого младенца. Предоставьте родителю/родителям информацию о синдроме тряски младенца и мерах по его предотвращению. Попросите их добровольно подписать данную форму в подтверждение того, что они получили и поняли данную информацию. Одну копию подписанной формы отдайте родителям, вторую сохраните для медицинской карты, а третью копию направьте медсестрам-координаторам *ознакомительной программы по предотвращению синдрома тряски младенца штата Пенсильвания*.

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ: _____

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ ПОЛ: М Ж

РОДИТЕЛЬ/РОДИТЕЛИ, ПОЛУЧИВШИЙ (Е) ИНФОРМАЦИЮ О СИНДРОМЕ ТРЯСКИ МЛАДЕНЦА
ДАТА: _____

Обсудили с медсестрой Просмотрели видео Получили брошюру Ознакомились с плакатами в отделении

ПРИМЕЧАНИЯ.

Родитель: в больнице мне была представлена информация о синдроме тряски младенца. Я добровольно подписываю данное заявление в подтверждение того, что я получил (а), прочел (прочла) и понял (а) данную информацию.

ПОДПИСЬ
МАТЕРИ: _____

ОТКАЗАЛАСЬ: ДАТА:

ПОДПИСЬ ОТЦА: _____

ОТКАЗАЛСЯ: ДАТА:

ПОДПИСЬ ИНОГО
ЛИЦА: _____

ОТКАЗАЛСЯ/
ОТКАЗАЛАСЬ: ДАТА:

(отчим/мачеха, приемный родитель, официальный опекун,
официальный попечитель)

Данная форма и сопровождающая информация предоставлены в соответствии с Постановлением № 176 от 2002 г. (11 P.S. §2121-2126).

(19 января 2009 г.)



Ознакомительная программа по предотвращению синдрома тряски младенца штата Пенсильвания (Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention and Awareness Program)

«Сохранить жизнь ребенка в каждой семье».

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ СОГЛАСИИ

Указания для сотрудников больницы/родильного дома: заполните одну форму на каждого младенца. Предоставьте родителю/родителям информацию о синдроме тряски младенца и мерах по его предотвращению. Попросите их добровольно подписать данную форму в подтверждение того, что они получили и поняли данную информацию. Одну копию подписанной формы отдайте родителям, вторую копию сохраните для медицинской карты, а третью копию направьте медсестрам-координаторам *ознакомительной программы по предотвращению синдрома тряски младенца штата Пенсильвания.*

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ:

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ ПОЛ: М Ж

РОДИТЕЛЬ/РОДИТЕЛИ, ПОЛУЧИВШИЙ (Е) ИНФОРМАЦИЮ О СИНДРОМЕ ТРЯСКИ МЛАДЕНЦА,
ДАТА: _____

Обсудили с медсестрой Просмотрели видео Получили брошюру Ознакомились с плакатами в отделении

ПРИМЕЧАНИЯ.

Родитель: в больнице мне была представлена информация о синдроме тряски младенца. Я добровольно подписываю данное заявление в подтверждение того, что я получил (а), прочел (прочла) и понял (а) данную информацию.

ПОДПИСЬ МАТЕРИ:

ОТКАЗАЛАСЬ: ДАТА: _____

ПОДПИСЬ ОТЦА:

ОТКАЗАЛСЯ: ДАТА: _____

ОТКАЗАЛСЯ/
ОТКАЗАЛАСЬ: ДАТА: _____