

Программа штата Пенсильвания по разъяснению и предотвращению синдрома внезапной смерти младенцев (Pennsylvania Sudden Infant Death Syndrome Education and Prevention Program)

Добровольное заявление о подтверждении

Указания для врачей, работников больниц и роддомов. Заполните две формы для каждой семьи перед выпиской из больницы или после рождения ребенка (детей) в семьях, где роды состоялись вне больницы или роддома. Предоставьте одному из родителей или обоим родителям информацию о синдроме внезапной смерти младенцев и его профилактике. Попросите, чтобы один из родителей или оба родителя подписали данную форму в подтверждение того, что они получили, прочли и поняли информацию о синдроме внезапной смерти младенцев и его профилактике. Одну копию подписанной формы отдайте родителям, а другую храните в медицинской карточке.

Заполняется врачом, работником больницы или роддома:

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ: \_\_\_\_\_

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ: \_\_\_\_\_ ПОЛ: М  Ж

Лицу, выполняющему родительские обязанности, предоставлена информация, в том числе брошюра, о синдроме внезапной смерти младенцев, ДАТА: \_\_\_\_\_

ПРИМЕЧАНИЯ.

\_\_\_\_\_

Заполняется матерью, отцом, мачехой, отчимом, приемным родителем, официальным опекуном или официальным попечителем:

Лицо, выполняющее родительские обязанности: Больница предоставила мне информацию о синдроме внезапной смерти младенцев и безопасном сне ребенка. Я добровольно подписываю данное заявление в подтверждение того, что я получил (получила), прочел (прочла) и понял (поняла) информацию о синдроме внезапной смерти младенцев.

ПОДПИСЬ, МАТЬ: \_\_\_\_\_

ОТКАЗ:  ДАТА: \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ, ОТЕЦ: \_\_\_\_\_

ОТКАЗ:  ДАТА: \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ, ДРУГОЕ ЛИЦО: \_\_\_\_\_

ОТКАЗ:  ДАТА: \_\_\_\_\_

(отчим/мачеха, приемный отец/мать,  
официальный опекун, официальный попечитель)

Данная форма и сопроводительная информация предоставлены в соответствии с Законом 73 2010 г.