	II САГБАЛ “ШЕЙНОВО” ЕАД	ОРБ ФК 7.5/157
	ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БРЕМЕННОСТ С ПОВИШЕН РИСК ПРЕДИ 36 ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА	

Долуподписаната

/грите имена/

ЕГН

Уважаема госпожо/госпожице,

С тази декларация желаем да Ви изясним основни положения във връзка с бременността с повишен риск преди 36 гестационна седмица.

Преeklampсията е усложнение на бременността, което включва всички форми на повишено кръвно налягане, наличие на отоци (основно на долните крайници) и белтък в урината. Това състояние възниква по-често при жени, бременни за първи път, при жени на възраст над 35 или под 17 години, жени с наднормено тегло или имали една бременност, усложнена с преeklampсия. Развива се обикновено във втората половина на бременността и много рядко в първата.

Понякога преeklampсията се проявява с болки в епигастралната област, гадене, повръщане, болки в дясното подребрие, рязко наддаване на тегло както и зрителни смущения и главоболие. Всички тези симптоми са свързани с промени в много органи и системи на бременната като черен дроб, бъбреци, главен мозък. Много силно се смущава кръвоснабдяването на бременната матка, при което настъпва забавяне в растежа и развитието на плода. Точно поради тази причина жените с преeklampсия раждат деца с ниско (поднормено) тегло.

За да има успех лечението при такива пациентки, то трябва да започне рано и навременно. На практика това означава, че при появата на първите симптоми на това заболяване бременната трябва да се настани в болница и да започне съответно лечение. Последното е комплексно и включва лекарства, понижаващи кръвното налягане, седативни лекарствени средства, увеличение приемането на белтъци с храната.

При по-тежките форми се прибегва към лечение с венозни вливания с магнезиеви препарати, белтъчни разтвори и плазма. Основен терапевтичен подход е лечението за подтискане на маточните контракции с включване на β -миметични средства. При тези пациентки се извършват серия ултразвукови прегледи и мониторно проследяване на детските сърдечни тонове с цел диагноза на състоянието на плода. Може да се прибегне и до извършването на амниоцентеза за установяване белодробната зрялост на плода.. Всички тези изследвания имат значение за избора на време и начин на родоразрешение.

Като правило при тези пациентки раждането трябва да става преди установения термин за това. По-често се придържахме към нормален начин на родоразрешение, но не рядко раждането завършва по оперативен път - Цезарово сечение. Новородените деца се нуждаят от интензивни неонатални грижи и за тяхното отглеждане се изискват детски отделения, оборудвани със съответната апаратура и специалисти.

С настоящето декларирам съгласието си за провеждане на необходимото лечение преди раждане.

Информирана съм за всички рискове.

Дата:

Подпис:



ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕНАТАЛНА ДИАГНОСТИКА на ХРОМОЗОМНИ БОЛЕСТИ

Аз долуподписаната _____

съм съгласна да участвам в изследване за пренатална (дородова) диагностика на хромозомни болести.

Разбирам, че ще бъдат взети биологични проби околоплодна течност / хорионни вѐси.

Процедурата по вземане на материала носи допустимия минимален риск, за който съм информирана. Разбирам, че върху взетия материал ще бъдат проведени изследвания с цел определяне дали плодът е засегнат от хромозомна болест или е носител на хромозомно пренареждане.

Изследването може да бъде извършено чрез ДНК анализ или цитогенетичен анализ на клетки от околоплодна течност или хорион.

1. ДНК анализ за хромозомни болести:

- Дава информация за конкретни хромозомни болести: болест на Даун, болест на Едуардс, болест на Патау, триплоидия, наличие на допълнителни полови хромозоми при плода. В над 95% от случаите поведът за назначаване на изследването е съмнение за някоя от тези болести при плода.
- Не дава информация за останалите хромозоми. Вероятността да бъде пропусната хромозомна болест при плода, различна от изброените по-горе е 0,4%.
- В някои семейства съществуващите ДНК методи не са информативни. Не винаги е възможно да се изключи синдром на Търнер при плод от женски пол.
- Време за изпълнение на анализите - до 5 работни дни.
- Анализът не може да бъде извършен при наличие на примес от майчина кръв в пробата. В такива случаи е възможно да се проведе само цитогенетичен анализ.

2. Цитогенетичен анализ:

- Дава информация за всички хромозоми в кариотипа на плода. Може да установи 99% от клинично значимите хромозомни аномалии на плода.
- Анализът на хромозомите се извършва на микроскоп и не могат да се диагностицират хромозомни пренареждания с размер по-малък от разрешителните възможности на светлинната микроскопия.
- Изисква предварително култивиране на клетки от амниотична течност или хорион в изкуствена среда. Култивирането на клетките продължава средно от 11 до 21 дни.
- В около 1% от случаите може да има несъответствие между кариотипа на култивираните клетки и кариотипа на плода.
- В 1-2% от случаите култивирането на клетките може да бъде неуспешно.
- Резултатът се получава в рамките на 14 до 21 дни. В някои случаи анализът може да продължи до 30 дни.

Разбирам че:

1. В някои случаи взетият материал за анализ може да се окаже недостатъчен или некачествен и тогава се налага повторно вземане на материал.
2. Резултати се съобщават след окончателното завършване на всички изследвания, свързани с тях. Информирани съм за сроковете на получаване на резултат в конкретния случай.
3. След като приключат изследванията и получа окончателен резултат, част от ДНК може да бъде направена анонимна (име и всички кодове се отстраняват) и може да бъде използвана за научни цели, въвеждане на нови диагностични методи и контрола при други изследвания. Анонимността на ДНК пробите прави невъзможно съобщаването на резултатите от последващите изследвания, които могат и да не бъдат свързани с първия повод на изследването.

разрешавам

не разрешавам

Съгласна съм да бъде извършена пренатална (дородова) диагностика за хромозомни болести чрез:

ДНК анализ

Цитогенетичен анализ

Желая резултатите от анализа да се съобщават само на мен от генетичен консултант или от лекар, посочен от мен в поръчката. Резултатите са тайни и могат да бъдат съобщавани на други медицински лица или други пациенти само с моето писмено съгласие.

Желая да получа резултатите:

лично

чрез официално упълномощено от мен лице

по пощата в предварително надписан плик

чрез лекар: _____

Получих копие от това съгласие:

Дата: _____ Подпис: _____

Обясних същността на изследването на гореподписания. Отговорих на всичките му въпроси.

Име: _____ Дата: _____ Подпис: _____

**Информирано решение
за преждевременно прекратяване
на започналия престой в болничното заведение
и на болничното лечение/диагностициране**

Долуподписаният _____ ,
в качеството си на пациент/родител/настойник или попечител на

пациента _____ ,

декларирам, че напускам болницата въпреки становището на лекуващия/дежурния лекар/медицинския екип за необходимостта да продължа лечението/диагностицирането си в болнични условия.

Наясно съм, че прекратявайки започналия си престой в болницата, аз прекратявам и осъществяваното ми болнично лечение/диагностициране и наблюдение.

Наясно съм, че прекратяването на болничното лечение/диагностициране и наблюдение може да доведе до доста и различни усложнения и неблагоприятни последици за мен и моето здравословно състояние, да намали значително или изключи напълно вероятността от излекуване или подобряване на състоянието ми, да създаде или увеличи риска за здравето и живота ми, включително и с опасността от смърт.

Декларирам, че напълно съзнателно оценявам посоченото по-горе и всички обяснения, които изисках и получих от лекуващия/дежурния лекар/медицинския екип и въпреки тяхното мнение и разяснените ми рискове за живота и здравето ми решавам доброволно да прекратя престоя си в лечебното заведение.

Поемам отговорността за своето здравословно състояние, както и за евентуалните усложнения и неблагоприятен изход от недовършеното лечение/диагностициране.

Наясно съм, че следва да заплатя всички извършени медицински действия/процедури/изследвания и други в случай, че с напускането си създавам пречка за заплащане от страна на Националната здравноосигурителна каса, Министерството на здравеопазването и други финансиращи институции на осъществената ми до момента от болницата медицинска помощ.

Лекуващ/дежурен лекар: _____

Декларатор: _____

Дата: _____

**Информирано решение
за преждевременно прекратяване
на започналия престой в болничното заведение
и на болничното лечение/диагностициране**

Долуподписаният _____ ,
в качеството си на пациент/родител/настойник или попечител на
пациента _____ ,

декларирам, че напускам болницата въпреки становището на лекуващия/дежурния лекар/медицинския екип за необходимостта да продължа лечението/диагностицирането си в болнични условия.

Наясно съм, че прекратявайки започналия си престой в болницата, аз прекратявам и осъществяваното ми болнично лечение/диагностициране и наблюдение.

Наясно съм, че прекратяването на болничното лечение/диагностициране и наблюдение може да доведе до доста и различни усложнения и неблагоприятни последици за мен и моето здравословно състояние, да намали значително или изключи напълно вероятността от излекуване или подобряване на състоянието ми, да създаде или увеличи риска за здравето и живота ми, включително и с опасността от смърт.

Декларирам, че напълно съзнателно оценявам посоченото по-горе и всички обяснения, които изисках и получих от лекуващия/дежурния лекар/медицинския екип и въпреки тяхното мнение и разяснените ми рискове за живота и здравето ми решавам доброволно да прекратя престоя си в лечебното заведение.

Поемам отговорността за своето здравословно състояние, както и за евентуалните усложнения и неблагоприятен изход от недовършеното лечение/диагностициране.

Наясно съм, че следва да заплатя всички извършени медицински действия/процедури/изследвания и други в случай, че с напускането си създавам пречка за заплащане от страна на Националната здравноосигурителна каса, Министерството на здравеопазването и други финансиращи институции на осъществената ми до момента от болницата медицинска помощ.

Лекуващ/дежурен лекар: _____

Декларатор: _____

Дата: _____

**II САГБАЛ „ШЕЙНОВО” ЕАД**

Приложение №2 към заповед № 139 / 29.09.2011 г.

ДЕКЛАРАЦИЯ**ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА ЗА СПАЗВАНЕ НА
ВЪТРЕШНИЯ РЕД ВЪВ “ВТОРА САГБАЛ ШЕЙНОВО” ЕАД И ЗА
ИЗИСКВАНИЯТА НА НРД ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА**

Подписаната _____ ЕГН _____

с лична карта № _____ издадена на _____ от _____

адрес: гр. _____ кв./ул. _____ № _____

ДЕКЛАРИРАМ:

1. При приемането ми за болнично лечение съм подробно информирана за изискванията на Правилника за вътрешния ред на болницата и на отделението, в което ще бъде проведено лечението ми и се задължавам да спазвам всички изисквания.

2. Уведомена съм, че сигурността в сградата на болницата и прилежащите ѝ територии се обезпечава със система за 24 - часово видеонаблюдение.

3. Уведомена съм за наличието на видеонаблюдение в операционния блок и в звената за инвазивни и високоспециализирани медицински дейности за целите на специализирано медицинско обучение на лекарския персонал и за допълнителни медицински консултации от водещи специалисти извън болницата при необходимост и при спазване на установения ред.


4. Уведомена съм, че за непредадени при постъпването или за изчезнали на територията на болницата лични вещи и ценности на пациенти или техни близки “Втора САГБАЛ “Шейново” ЕАД не носи отговорност.

5. При приемането ми за болнично лечение за завършена клинична пътека поради предсрочно напускане на болницата по мое желание преди изтичане на задължителния минимален болничен престой, при отказ от моя страна за извършване на задължителните по клинична пътека дейности и процедури и неизпълнението на всички изисквания, поради които не се заплаща извършената от болницата дейност по договор от НЗОК, както и при неспазване на изискванията на Правилника за вътрешен ред на болницата се задължавам да заплатя стойността на клиничната пътека, по която е извършено лечението ми.

ДАТА: _____

ДЕКЛАРАТОР: _____

(подпис)

	ФК 7.2/1/49	
	II САГБАЛ "ШЕЙНОВО" ЕАД	СТАЦИОНАРЕН БЛОК
	ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ОТНОСНО ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ И СПЕЦИАЛИЗАНТИ	ДКБ

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО,

Вие сте пациент на II САГБАЛ "Шейново" ЕАД - София, която е акредитирана като база за обучение и специализация на медицински специалисти. Обучаващите се и специализиращите се включват в работния процес в условията на реални работна среда. Практическото обучение се провежда и контролира от квалифицирани лекари и преподаватели по здравни грижи при определен ред.

- Подготовка на болните за визитация.
- Запознаване със състоянието на болните.
- Тоалет и хранене на болните.
- Участие във визитация.
- Извършване на лечебно-диагностични мероприятия и процедури в зависимост от нивото на подготовка.

Настоящите разяснения преставляват опит да бъде добре информирана. В случай, че Ви е необходима допълнителна информация може да зададете Вашите въпроси.

Долуподписаната _____

Декларирам, че при постъпването ми в болничното заведение със информирана относно обучението за студенти, стажанти и специализанти и давам съгласието си същите да участват в провеждането на диагностично-лечебния ми процес.

Дата: _____

Поспис: _____

В случаите, когато пациента е недееспособен или непълнолетен и не може да подпише или да потвърди съгласието си, формулярът се подписва от негов законен представител /попечител/. / Да се впише причината/

Дата: _____

Поспис: _____

**II САГБАЛ „ШЕЙНОВО” ЕАД**

Приложение №2 към заповед № 139 / 29.09.2011 г.

ДЕКЛАРАЦИЯ**ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА ЗА СПАЗВАНЕ НА
ВЪТРЕШНИЯ РЕД ВЪВ “ВТОРА САГБАЛ ШЕЙНОВО” ЕАД И ЗА
ИЗИСКВАНИЯТА НА НРД ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА**

Подписаната _____ ЕГН _____

с лична карта № _____ издадена на _____ от _____

адрес: гр. _____ кв./ул. _____ № _____

ДЕКЛАРИРАМ:

1. При приемането ми за болнично лечение съм подробно информирана за изискванията на Правилника за вътрешния ред на болницата и на отделението, в което ще бъде проведено лечението ми и се задължавам да спазвам всички изисквания.

2. Уведомена съм, че сигурността в сградата на болницата и прилежащите ѝ територии се обезпечават със система за 24 - часово видеонаблюдение.

3. Уведомена съм за наличието на видеонаблюдение в операционния блок и в звената за инвазивни и високоспециализирани медицински дейности за целите на специализирано медицинско обучение на лекарския персонал и за допълнителни медицински консултации от водещи специалисти извън болницата при необходимост и при спазване на установения ред.

4. Уведомена съм, че за непредадени при постъпването или за изчезнали на територията на болницата лични вещи и ценности на пациенти или техни близки “Втора САГБАЛ “Шейново” ЕАД не носи отговорност.

5. При приемането ми за болнично лечение за завършена клинична пътека поради предсрочно напускане на болницата по мое желание преди изтичане на задължителния минимален болничен престой, при отказ от моя страна за извършване на задължителните по клинична пътека дейности и процедури и неизпълнението на всички изисквания, поради които не се заплаща извършената от болницата дейност по договор от НЗОК, както и при неспазване на изискванията на Правилника за вътрешен ред на болницата се задължавам да заплатя стойността на клиничната пътека, по която е извършено лечението ми.

ДАТА: _____

ДЕКЛАРАТОР: _____

(подпис)