



EUROMATERNA

EUROMATERNA S.A. - SPITAL PRIVAT DE OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE
Constanța, Str. Ștefăniță Vodă nr. 32, Tel:0241-60-55-55,0241-48-44-77,Fax:0241-60-55-56, E-mail: office@euromaterna.ro,
Web: http://www.euromaterna.ro



CONSIMTAMANT INFORMAT SI CERERE

PENTRU ASISTENTA MEDICALA ACORDATA NOU-NASCUTULUI

Subsemnata in varsta de ani, avand domiciliul in localitatea
legitimata cu C.I./pass seria nr. CNP in
calitate de reprezentant legal (mama, tata) al nou – nascutului cu data nastrii (anul, luna,
ziua, ora) sex internat in Spitalul Euromaterna, declar urmatoarele:

SUNT DE ACORD CU PROCEDURILE DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT APLICATE COPILULUI MEU

NATURA, SCOPUL, BENEFICIILE SI RISCURILE PROCEDURILOR APLICATE NOU – NASCUTULUI MEU IN SCOP DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC, PRECUM SI A CELORLALTE OPTIUNI TERAPEUTICE POSIBILE, MI-AU FOST EXPLICATE PE INTELESUL MEU DE CATRE MEDICUL PEDIATRU NEONATOLOG PE CARE IL DESEMNEZ A EFECTUA IMPREUNA CU ECHIPA DE AJUTOARE DIN SECTIE, TOATE PROCEDURILE NECESARE.

MI S-AU PREZENTAT RISCURILE ASOCIATE, PRECUM SI RISCURILE IMPREVIZIBILE (INCLUSIV RISCUL DE DECES SI RISCUL DE SECHELE SAU HANDICAP PSIHOMOTOR / NEUROSENZORIAL), CONSECINTELE, PE TERMEN SCURT SAU LUNG, PE CARE LE REPREZINTA TRATAMENTUL SI INGRIJIRILE ACORDATE NOU-NASCUTULUI, INCEPAND DE LA NASTERE. MI-AU FOST EXPLICATE SI RISCURILE NEEFECTUARII TRATAMENTULUI

MI S-A ADUS LA CUNOSTINTA CA AM DREPTUL LA O A DOUA OPINIE

AM INTELES ACESTE RISCURI SI LE ACCEPT

MI S-A ADUS LA CUNOSTINTA REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARA, REGULILE SI PRACTICILE AGREATE DE SPITALUL EUROMATERNA

SERVICII MEDICALE DISPONIBILE:

1. CPAP
2. VENTILATIE MECANICA CLASICA
3. VENTILATIE MECANICA CU FRECVENTA INALTA
4. SURFACTANT
5. INCUBATOARE; MESE REANIMARE



EUROMATERNA

EUROMATERNA S.A. - SPITAL PRIVAT DE OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE
Constanța, Str. Ștefăniță Vodă nr. 32, Tel:0241-60-55-55,0241-48-44-77,Fax:0241-60-55-56, E-mail: office@euromaterna.ro,
Web: http://www.euromaterna.ro



VACCINAREA ANTIHEPATICA B SI BCG IN MATERNITATE SE EFECTUEAZA CONFORM PROGRAMULUI DE IMUNIZARI AL MINISTERULUI SANATATII. REACTIILE ADVERSE (DURERE, TUMEFACȚII LA LOCUL INJECTIEI, ADENOPATIE) SUNT CELE DESCRISE IN PROSPECTUL VACCINULUI.

REFUZ VACCINAREA ANTIHEP.B

REFUZ VACCINAREA BCG

PATOLOGIE NEONATALA

- Soc neonatal	- policitemie
- Asfixie, hipoxie perinatala	- anemie prin incompatibilitate
- Encefalopatie hipoxic ischemica	- anemie de alte cauze materno-fetale de grup sanguin si/sau Rh
- Convulsii	- sindrom hemoragipar
- Hemoragie cerebrala (intraventriculara, cerebeloasa etc.)	- hemoragie digestiva
- Leucomalacie periventriculara	- purpura
- Retinopatie de prematuritate (ROP)	- coagulare intravasculara diseminata (CID)
- Sindrom de detresa respiratorie idiopatica	- icter
- Insuficienta respiratorie	- tulburari metabolice (hipo/hiperglicemie, hipocalcemie, hipo/hipernatremie, hipocaliemie, acidoza)
- Pneumonie	- insuficienta renala
- Sindrom de aspiratie de lichid amniotic	- infectie cu debut intrauterin (congenitale) sau dupa nastere (maternofetale si nozocomiale)
- Tahipnee tranzitorie neonatala	- enterocolita ulceronecrotica (EUN)
- Hemoragie pulmonara	- conjunctivita
- Hipertensiune pulmonara persistenta (HTPP)	- malformatii congenitale
- Tulburari de ritm cardiac	- restrictie de crestere intrauterina
- Hipotensiune arteriala	- prematuritate
- Insuficienta cardiaca	
- Crize de apnee	
- Pneumotorax	
- Enfizem interstitial pulmonar	
- Bronhodisplazie pulmonara (BDP)	

PROCEDURI

- Resuscitare cardiorespiratorie	- Exsanguinotransfuzie
- Intubatie endotraheala plus adm. medicatie	- Transfuzie preparate de sange
- Ventilatie asistata- mecanica si/sau manuala	- Perfuzie/infuzie solutii intravascular
- Oxigenoterapia	- Administrare intrarectala de solutii/medicamente im, nebulizare
- Drenaj pleural	- Administrare de medicamente pe cale orala, intravasculara, cutanata, alimentatie prin gavaj, seringă, biberon
- Paracenteza abdominala	- Vaccinari conform legislatiei in vigoare
- Cateterism central/vase ombilicate si/sau epicutaneo-cav)	- Radiografie
- Punctie venoasa, arteriala, capilara, lombara	- Ecografie
- Recoltare sange	
- Cateterism vezica urinara	

Data: ____/____/____

Reprezentant legal

(semnatura)