

Ankieta

Część I - Informacje istotne w opiece nad dzieckiem

Proszę wypełnić części I, przesać na adres: sylwia.romek@mcrd.pl, judyta.basista@mcrd.pl, tel: 881037967

Imię i Nazwisko dziecka :PESEL: proszę wpisać 3 ostatnie cyfry

Rodzina: Pełna , niepełna , rozbita , zrekonstruowana , rodzina zastępcza

Opieka prawna: Mama: pełne prawa rodzicielskie , ograniczone prawa , odebrane prawa rodzicielskie , brak

Tata: pełne prawa rodzicielskie , ograniczone prawa rodzicielskie , odebrane prawa rodzicielskie , brak

Opiekun prawny/wyznaczony kurator Imię i nazwisko.....nr tel.....

Który raz dziecko będzie w Naszym Szpitalu:

Inne choroby oraz trwałe następstwa chorób:.....

W jakich poradniach specjalistycznych dziecko jest leczone:

Opieka specjalistyczne była lub jest obecnie: psychologiczna , logopedyczna , zdrowia psychicznego

Przyjmowane leki:

Zaopatrzenie ortopedyczne: aparat ortodontyczny , kula , endoproteza , inne jakie:

Odżywianie: stosowne do wieku , specjalna dieta , jaka:

Wskazówki dotyczące opieki nad dzieckiem:.....

.....

.....

Data, podpis rodzica / opiekuna.....

Część 2 - WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Czy dziecko: Było szczepione w ciągu ostatnich 6 – ciu tygodni ?* tak nie. Jaką szczepionką ?

Było już leczone w innych placówkach służby zdrowia?* tak nie. Gdzie ?.....

.....Kiedy ?.....

Otrzymało iniekcje, kroplówki, transfuzje ?* tak nie. Gdzie ?.....

.....Kiedy ?.....

Miało wykonywane zabiegi naruszające skórę w ciągu ostatnich 6 miesięcy np. : pobieranie krwi, operacje, punkcje,

biopsje, akupunkturę, tatuaż ?* tak nie. Gdzie ?

.....Kiedy ?.....

Miało wykonywane badania diagnostyczne np. gastroskopię, rektoskopię itp. ?* tak nie. Gdzie ?.....

.....Kiedy ?.....

Korzystało z usług stomatologicznych ? tak nie. Gdzie ?

.....Kiedy ?.....

OŚWIADCZAM ŻE:

1. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na pobranie krwi mojemu dziecku na obecność wirusów HCV, HBV, HIV w przypadku skaleczeń personelu narzędziami użytymi w trakcie udzielania świadczeń leczniczo – pielęgnacyjnych z naruszeniem ciągłości tkanek mojego dziecka

2. Przebywając z dzieckiem na oddziale mam świadomość konieczności dbania o higienę ze szczególnym uwzględnieniem mycia i dezynfekcji rąk ze względu na możliwość zaistnienia zakażeń szpitalnych.

Data, czytelny podpis rodzica / opiekuna.....

Dotyczy niemowląt i małych dzieci przebywających na oddziale z rodzicem/opiekunem:

Zostałem poinformowany/a o bezwzględnym obowiązku natychmiastowego zamykania łóżeczka dziecięcego, gdy od niego odchodzę, oraz zakazie pozostawiania dziecka bez opieki na fotelu, przewijaku, parapecie itp., z powodu zagrożenia upadkiem.

Data, czytelny podpis rodzica / opiekuna.....

* Zakreśl właściwą odpowiedź