

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1% РАСТВОРОМ ВИКАСОЛА
(МЕНАДИОНА НАТРИЯ БИСУЛЬФАТА) ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НЕЕ.**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)
новорожденного)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:
а) о том, что профилактика геморрагической болезни - это введение в организм 1% раствора
викасола (менадион натрия бисульфат- в дальнейшем в тексте викасол). Геморрагическая
болезнь новорожденных или витамин К зависимый геморрагический синдром-
приобретенное или врожденное заболевание, проявляющееся повышенной кровоточивостью
у новорожденных и детей первых месяцев жизни вследствие недостаточности факторов
свертывания крови (II, VII, IX, X), активность которых зависит от витамина К.

б) о необходимости проведения профилактики геморрагической болезни введением 1%
раствора викасола; последствия отказа от нее; возможных осложнениях (аллергические
реакции: гиперемия лица, кожная сыпь (в т.ч эритематозная, крапивница), зуд кожи,
бронхоспазм. Со стороны системы крови: гемолитическая анемия, гемолиз у новорожденных
детей с врожденным дефицитом глюкозо-6- фосфатдегидрогеназы. Местные реакции: боль и
отек в месте введения, поражение кожи в виде пятен при повторных инъекциях в одно и то
же место. Прочие: гипербилирубинемия (желтуха) особенно у недоношенных детей. Редко -
головокружение, транзиторное снижение артериального давления, профузный пот,
тахикардия, «слабое» наполнение пульса, изменение вкусовых ощущений).

в) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие
ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактического введения 1%
раствора викасола

добровольно соглашаюсь на введение 1% раствора викасола
новорожденному _____

добровольно отказываюсь от введения 1% раствора викасола
новорожденному _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)
новорожденного)

Дата _____

Подпись _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с введением 1% раствора викасола
и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

Дата _____

(фамилия имя отчество)

(подпись)