BARKOD

Hasta Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
T.C Kimlik Numarası:

Sayın Hastamız, Sayın Veli/Vasi;

Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Bilgilendirme ve rıza belgesi kişiye hastalığı ve bu hastalıkla ilgili yapılması planlanan tedavi sürecinin anlatıldığı ve kişinin yapılması planlanan tedaviye onam verip vermediğinin belirtildiği bir formdur. Bu formun amacı Şüpheli veya kesin COVID-19 olan annenin bebeğinde anne sütü verilmesi ile ilgili sizleri bilgilendirme ve onayınızı almaktır. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa ilgili sağlık personelinden ayrıntılı bilgi alabilir, merak ettiğiniz tüm soruları sorabilirsiniz.

BİLGİLENDİRME;

Şüpheli veya kesin COVID-19 olan gebenin bebeğinde anne sütü kullanımı ile ilgili güncel kılavuzlar korunma önlemleri alındıktan sonra annenin bebeğini emzirebileceğini veya bebeğe sağılmış süt verilebileceğini bildirmektedir. Annenin ve bebeğin durumu uygunsa annenin bebeğini emzirmesi veya sağılmış sütün bebeğe verilmesi için aile ile görüşülerek karar verilmesi gerekmektedir.

Eğer anne bebeğini emzirmeye karar verirse, el hijyeni sağlandıktan sonra cerrahi maske takarak verebilir.

Eğer sütünü sağarak vermek isterse, el hijyeni sağlandıktan sonra cerrahi maske takarak sağma işlemini gerçekleştirir.

Şüpheli veya kesin COVID-19 enfeksiyonu olan anneler, sütlerini bebeklerine vermeyi tercih etmezler ise süt üretiminin devamı için süt sağılmaya devam edilebilir.

☐ Bebeğimi emzirmeye karar verdim, el hijyeni sağladıktan sonra cerrahi maske takarak sütümü vereceğim.

☐ Sütümü sağarak biberon ile verilmesine karar verdim, el hijyeni sağladıktan sonra cerrahi maske takarak sağma işlemini gerçekleştireceğim.

☐ Sütümü bebeğime vermeyi tercih etmiyorum. Süt üretiminin devamı için sütümü sağmaya devam edebileceğim konusunda bilgilendirildim.

“Okudum, anladım ve kabul ediyorum. Bir kopyasını teslim aldım” yazarak imzalayınız.

VASİ / YASAL TEMSİLCİSİ	DOKTOR
AD SOYAD ve İMZA	AD SOYAD ve İMZA
Tarih/Saat:	Tarih/Saat:

ÇEVİRMEN (Gerekliyse) Form içindeki bilgileri hastanın ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

Adı Soyadı ve imzası:

Telefon: