

DOKUMENT OKREŚLAJĄCY SPOSÓB POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZATRZYMANIA KRAŻENIA LUB ODDYCHANIA

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Rozpoznanie: _____ Data urodzenia: _____

GDYBY DOSZŁO DO ZATRZYMANIA KRAŻENIA/ODDYCHANIA, NALEŻY

PODJAĆ RESUSCYTACJĘ

Data: _____ Lekarz: _____ Podpis lekarza: _____

GDYBY DOSZŁO DO ZATRZYMANIA KRAŻENIA/ODDYCHANIA, NALEŻY

NIE PODEJMOWAĆ RESUSCYTACJI

Data: _____ Lekarz: _____ Podpis lekarza: _____

Decyzja konsultowana w zespole: TAK/NIE

Decyzja omówiona z pacjentem: TAK/NIE nie dotyczy

Pacjent akceptuje decyzję: TAK/NIE nie dotyczy

Decyzja omówiona z rodzicami: TAK/NIE

Rodzice akceptują decyzję: TAK/NIE

Powody podjęcia takiej decyzji są następujące: _____

Nazwisko i imię lekarza: _____ Podpis lekarza: _____

Data: _____

Uwaga:

Dokument musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę.