**INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA**

**DONORA MĀTES PIENA LIETOŠANAI MANA BĒRNA UZTURĀ**

Pacients

 (vārds, uzvārds) (personas kods)

 (pacienta mātes/tēva, aizbildņa vai cita likumiskā pārstāvja (norādīt) vārds, uzvārds) (personas kods)

**Apliecinu**, ka esmu saņēmusi(-is) skaidrojumus no ārsta:

 (ārsta vārds, uzvārds, paraksts)

Jaundzimušo, sevišķi priekšlaikus dzimušu jaundzimušo, ideālais uzturs ir mātes piens. Ja mātes pienu uzturā nav iespējams saņemt, labākā alternatīva ir pasterizēts donora mātes piens. Donora mātes piena priekšrocības, salīdzinājumā ar mākslīgo piena maisījumu, ir:

1. zemāks smagas zarnu iekaisuma slimības nekrotiskā enterokolīta risks,
2. zemāks smagas potenciālas infekcijas norises jeb sepses risks,
3. labāka gremošanas sistēmas darbība,
4. bioloģiski aktīvu vielu, kas saistīta ar labāku aizsardzību pret infekcijām un labāku bērna augšanu un attīstību, uzņemšana.

Donora mātes piena lietošana neizslēdz nekrotiskā enterokolīta un/ vai sepses attīstību manam bērnam. Neskatoties uz visiem drošības pasākumiem, saglabājas risks manam bērnam inficēties ar kādu no infekcijas slimībām, kuras tiek izslēgtas donoru atlases procesā (HIV, vīrushepatīts B, vīrushepatīts C, HTLV (cilvēka T-limfocītu limfotropais vīruss)), kā arī ar infekciju slimībām, kuras donore var būt ieguvusi piena ziedošanas laikā.

Man ir izskaidrota, un es izprotu donora mātes piena:

* lietošanas mana bērna uzturā priekšrocības, būtību, paredzamos **ieguvumus**;
* iespējamos **riskus** un blaknes;
* **alternatīvas** donora mātes piena lietošanai mana bērna uzturā;
* riskus, kā arī iespējamās **sekas**, **ja** donora mātes piena vietā mans bērns uzturā saņems mākslīgo piena maisījumu.

Es apzinos, ka donora mātes piens tiek sagatavots:

* rūpīgi atlasot donorus;
* pasterizējot donora mātes pienu, lai novērstu bakteriālu kontamināciju;
* izmantojot mūsdienīgas tehnoloģijas un Eiropas labo praksi un metodes, veicot donoru asins paraugu izmeklējumus uz vīrusiem un donora mātes piena izmeklējumus, lai noteiktu bakteriālu kontamināciju pirms un pēc pasterizācijas;
* uzturot donora mātes pienu karantīnā, kamēr visi testu rezultāti nav gatavi;
* stingri kontrolēti, t.sk. ar informācijas sistēmas palīdzību, nodrošinot donora mātes piena un recipienta izsekojamību.

Esmu informēts (-a), ka donora mātes pienu transportē, un uzglabā kontrolējamos apstākļos, kuros ir nodrošināts nepārtraukts temperatūras monitorings.

Apliecinu, ka man bija iespējas uzdot jautājumus saistībā ar donora mātes piena lietošanu mana bērna uzturā, tai skaitā iespējamajām alternatīvām un to ieguvumiem, riskiem un sekām, ja donora mātes pienu mana bērna uzturā nelieto.

Ar savu parakstu apliecinu, ka **donora mātes piena lietošanai mana bērna uzturā PIEKRĪTU.**

Esmu informēta(-s), ka man ir tiesības jebkurā brīdī atteikties no dotās piekrišanas.

Piezīmes (ja nepieciešams):

Likumiskais pārstāvis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_. un laiks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**............................................................................................................................................................**

**PACIENTS/ Pacienta pārstāvis aizpilda ATTEIKUMA GADĪJUMĀ:**

Apliecinu, ka saņēmu no ārsta skaidrojumus par donora mātes piena lietošanas mana bērna uzturā nepieciešamību, kā arī iespējamajām sekām, ja donora mātes piens mana bērna uzturā netiks lietots.

Pēc ārsta sniegtās informācijas un skaidrojuma es tomēr **NEPIEKRĪTU** **donora mātes piena lietošanai mana bērna uzturā.** Es pilnībā apzinos risku dzīvībai un veselībai un uzņemos pilnu tiesisku atbildību par manas rīcības sekām.

Esmu informēts, ka atļauju pacienta ārstniecībai Pacientu tiesību likumā noteiktajā kārtībā var dot pacienta likumiskais pārstāvis, bāriņtiesa vai, ja nepieciešams nekavējoties uzsākt ārstēšanu, ārstu konsīlijs (??)

Likumiskais pārstāvis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_. un laiks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Ja pacienta likumiskais pārstāvis atsakās parakstīt atteikumu:**

Apstiprinām, ka pacienta likumiskais pārstāvis augstāk, minēto informāciju un paskaidrojumus tās sakarā saņēma un izprata, tomēr nepiekrita mātes piena lietošanai sava bērna uzturā un atteicās rakstiski apliecināt atteikšanos no tās.

Ārsts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (amats, paraksts, paraksta atšifrējums)

Liecinieks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Liecinieks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Datums (dd.mm.gggg.): \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_. un laiks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.