**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 ideālais uzturs ir mātes piens. Ja mātes pienu uzturā nav iespējams saņemt, labākā alternatīva ir pasterizēts donora mātes piens. Mātes piena priekšrocības, salīdzinājumā ar mākslīgo piena maisījumu, ir:

1. mazāks nekrotiskā enterokolīta (smaga zarnu iekaisuma slimība, kas var rasties priekšlaikus dzimušiem bērniem) risks,
2. mazāks sepses (smaga asins straumes infekcija, ko izraisa mikroorganismi) 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 attīstītu bērnam. Donora mātes piena vienīgā absolūtā kontrindikācija (aizliegums lietot) ir slimības, kuru gadījumā bērna organisms nespēj pareizi apstrādāt uzņemtās barības vielas, piemēram, galaktozēmija (reti iedzimti galaktozes vielmaiņas traucējumi). Galaktoze ir “cukurs”, kas atrodams mātes pienā un lielākā daļā piena maisījumu, tāpēc šīs slimības gadījumā arī tos nelieto uzturā.

Es apzinos, ka, pat izmeklējot donores un donora mātes pienu ar mūsdienās pieejamajām metodēm, saglabājas minimāla iespējamība, ka donora mātes piens varētu saturēt hepatītu un cilvēka imūndeficīta (HIV) vīrusus, citomegalovīrusu (CMV), kas, iekļūstot pacienta organismā, var palikt latentā stāvoklī - neizpausties kā infekcija vairāku gadu garumā.

Es apzinos, ka, neskatoties uz visiem drošības pasākumiem, saglabājas risks donora mātes piena nesaderībai ar manu bērnu - nevēlamai pacienta reakcijai (alerģiska, nepanesamības reakcija, u.c.). Es apzinos, ka retos gadījumos rodas nepanesamības reakcijas ar atgrūšanu, vemšanu, caureju, bet tās var tikt ārstētas, un mēs kopā ar ārstējošo ārstu izvērtēsim, vai mans bērns var turpināt saņemt donora mātes pienu.

Man ir izskaidroti, 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 temperatūras monitorings.

Apliecinu, ka man bija iespējas uzdot jautājumus saistībā ar donora mātes piena lietošanu mana bērna uzturā, tai skaitā iespējamajām alternatīvām (piena maisījums) 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 veselībai un uzņemos pilnu tiesisku atbildību par manas rīcības sekām.

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.