

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10 липня 2014 року № 481

АКТ

**про фіксування відмови пацієнтки
від проведення забору та тимчасового зберігання пуповинної (плацентарної)
крові та/або плаценти в пологовому стаціонарі**

(найменування суб'єкта господарювання)

«___» _____ 20__ року

Цим актом підтверджуємо факт добровільної відмови пацієнтки _____, _____ року народження від проведення забору та тимчасового зберігання пуповинної (плацентарної) крові та/або плаценти, на які вона надала попередньо інформовану згоду (необхідне підкреслити):
пуповинної (плацентарної) крові;
плаценти.

У присутності медичних працівників пологового відділення акредитованої багатoproфільної лікарні _____ пацієнтка в усній формі повідомила, що відмовляється від попередньо наданої нею «___» _____ 20__ року інформованої згоди та не бажає проводити забір та тимчасове зберігання пуповинної (плацентарної) крові та/або плаценти.

Цей акт складено о ____ год. ____ хв. «___» _____ 20__ у присутності лікаря-акушера-гінеколога, медичної сестри та акушерки.

Підписи осіб, за участі яких складено акт:

1. _____ / _____ / _____
(підпис) (прізвище, ім'я та по батькові лікаря-акушера-гінеколога)
2. _____ / _____ / _____
(підпис) (прізвище, ім'я та по батькові медичної сестри)
3. _____ / _____ / _____
(підпис) (прізвище, ім'я та по батькові акушерки)