

Isenção à administração de eritromicina

**RECUSA DO TRATAMENTO RECOMENDADO PARA
RECÉM-NASCIDOS**

CARIMBE A PLACA DO

Solicito que a administração de pomada ocular de eritromicina para o tratamento de possíveis infecções oculares de recém-nascidos não seja realizada em _____ antes da alta do Mount Auburn Hospital.

Recuso a pomada ocular de eritromicina, usada para a prevenção de infecção por clamídia e gonorreia nos olhos do meu bebê, que podem causar infecção e, em alguns casos, lesão ocular permanente e cegueira. Fui informado de que esse tratamento é exigido pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, de acordo com as Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 111, Seção 109A.

Estou ciente de que esta ação não é consistente com os padrões médicos para recém-nascidos estabelecidos pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) e pela Academia Americana de Pediatria (AAP), e é contra o aconselhamento do médico do meu bebê. Fui informado de que o objetivo e benefícios da pomada ocular de eritromicina para o tratamento da infecção ocular do recém-nascido e dos riscos e complicações que podem resultar da recusa da administração de eritromicina em meu bebê.

Por meio deste, isento o Mount Auburn Hospital, seus funcionários, equipe, médicos, executivos, diretores e agentes de responsabilidade por qualquer dano e outras consequências relacionadas à minha recusa em administrar a pomada ocular de eritromicina em meu bebê. Eu concordo e aceito a responsabilidade por informar o pediatra do meu bebê e outros profissionais de saúde que a administração específica da pomada ocular de eritromicina **não** foi realizada.

Eu li este documento na íntegra, tive a oportunidade de fazer perguntas e o entendi completamente.

No entanto, neste momento, decidi recusar a administração de pomada ocular de eritromicina em meu recém-nascido. Sei que o não cumprimento desta recomendação do CDC e da AAP pode prejudicar a saúde e o bem-estar do meu bebê.

Assinatura do pai/mãe/pessoa autorizada:

Pai/mãe (ou da pessoa
autorizada a assinar pelo paciente) Nome legível Data / / Hora (24 horas)

Testemunha da assinatura dos pais ou da pessoa autorizada:

Assinatura da testemunha D RN D MD Nome legível D RN D MD Data / / Hora (24 horas)