

**Isenção à administração de vitamina K**  
**RECUSA DO TRATAMENTO RECOMENDADO PARA**  
**RECÉM-NASCIDOS**

CARIMBE A PLACA DO

Solicito que a administração de vitamina K para a prevenção de distúrbios hemorrágicos não seja realizada em \_\_\_\_\_ antes da alta do Mount Auburn Hospital.

Recuso a administração de vitamina K, que evita distúrbios hemorrágicos. Fui informado de que a administração de vitamina K é recomendada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) e pela Academia Americana de Pediatria (AAP). Entendo que a deficiência de vitamina K pode causar sangramento grave que, se ocorrer no cérebro do bebê, causará danos permanentes ao cérebro.

Estou ciente de que esta ação não é consistente com os padrões médicos para recém-nascidos estabelecidos pelo CDC e pela AAP, e é contra o aconselhamento do médico do meu bebê. Fui informado sobre a finalidade e os benefícios da administração de vitamina K, e dos riscos e complicações que podem resultar da recusa da administração de vitamina K em meu bebê.

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

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

No entanto, neste momento, decidi recusar a administração de injeção de vitamina K no meu recém-nascido. Sei que o não cumprimento desta recomendação do CDC e da AAP pode prejudicar a saúde e a vida 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) \_\_\_\_\_

