

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от «__» _____ 20__ г. № _____

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

Доверяю моему законному представителю дать от моего имени добровольное медицинское согласие на медицинское вмешательство: _____

(Ф.И.О.) (данный пункт заполняется для лиц старше 15 лет)

(подпись)

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка, _____

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

госпитализированного в отделение _____

(указать название отделения)

Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство.

● Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания моего ребенка;

● Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь при госпитализации по уходу за ребенком их соблюдать;

● Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку в соответствии с назначениями врача:

1. Необходимых методов исследования, в том числе:

● лабораторных _____

● методов функциональной диагностики _____

● рентгеновских _____

● магнитно-резонансная томография _____

● ультразвуковых _____

● эндоскопических исследований _____

● инвазивных методов диагностики _____

● диагностические пункции _____

2. Проведения лечебных мероприятий, в том числе:

● медикаментозных, инъекций, внутривенных вливаний

● лечебных пункций

● оперативное лечение

● физиотерапевтическое

● ЛФК, массаж

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

1. Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит моему ребенку делать во время их проведения;

2. Я извещен(а) о том, что моему ребенку необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;

3. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка;

4. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка во время жизнедеятельности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

5. Я согласен(на) на осмотр ребенка другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

(указать, согласен или не согласен)

- Согласен(на) на переливание компонентов крови моему ребенку, если возникнет такая необходимость. Я информирован(а) о связанном с этой операцией риске передачи инфекции (вирусный гепатит, ВИЧ, и др.) и развития осложнений вплоть до тяжелых. Я информирован (а) о возможных последствиях в случае отказа от переливания компонентов крови _____

(подпись, дата)

- Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме, за исключением: _____

(указать виды медицинской помощи, против которых имеются возражения)

- Даю согласие на обработку и передачу персональных данных моего ребенка. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе моего ребенка, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам: _____

Дата «_____» _____ 20____ г.

Подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя _____, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

Консилиум удостоверяет, что состояние ребенка, отсутствие его законного представителя не позволяет ему выразить свою волю, оказание медицинского вмешательства является необходимым по жизненным показаниям, и принимает решение об оказании ребенку следующего вида медицинской помощи:

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

2. Информированное добровольное согласие на оказание анестезиологического пособия

Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку: _____

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит делать моему ребенку во время его проведения;
- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода;
- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению; Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)