

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**(госпитализация в детское инфекционное отделение)**

Мне, пациенту, достигшему 15 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обратившемуся за получением медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр»)

|  |
| --- |
| *Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,*  Мне, нижеподписавшемуся  *(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)*  являющемуся законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент) |

при госпитализации в детское инфекционное отделение центра Медицинского центра в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Медицинском центре при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

Я получил (-а ) от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне и моему ребенку бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в других лечебных учреждениях и даю при этом свое согласие на оказание мне и моему ребенку платных медицинских услуг в Медицинском центре и готов ( -а ) их оплатить.

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания моего ребенка, а наличие у него следующего заболевания (диагноз является предварительным) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я ознакомлен (- а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и в данном отделении, и обязуюсь при госпитализации по уходу за ребенком их соблюдать. В частности, я проинформирован о недопустимости перемещения из отделения инфекции в другие отделения Медицинского центра, а также о том, что в случае нарушения лечебно-охранительного режима я (мой ребенок) может досрочно выписан из стационара.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (моему ребенку) в соответствии с назначениями лечащего врача или дежурного врача необходимых методов исследования в том числе (подпись в каждой строке):

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Подпись |
| Лабораторных методов исследования, в т ч общеклинических анализов |  |
| Методов функциональной диагностики, в т ч УЗИ |  |
| Рентгеновских исследований |  |
| Инвазивных методов диагностики, в т ч эндоскопических исследований, диагностических пункций |  |

Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку в соответствии с назначениями лечащего врача или дежурного врача лечебных мероприятий, в том числе (подпись в каждо й строке):

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Подпись |
| Забор крови, забор мазков |  |
| Медикаментозного лечения, проведение ингаляционной терапии, подкожных и внутримышечных инъекций, внутривенных инфузий |  |
| Установку периферического венозного доступа |  |

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

Мне разъяснено, что в ходе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства мне (моему ребенку), о чем я буду извещен (-а ) дополнительно.

Мне разъяснено, что за период госпитализации течение моего (моего ребенка) заболевания может иметь отрицательную динамику, могут возникнуть осложнения, требующие перевода меня (моего ребенка) в другие специализированные медицинские центры Свердловской области.

Мне разъяснено, что при медицинском вмешательстве и после него могут быть различные осложнения, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, я понимаю, что невозможно оговорить каждое осложнение, которое может возникнуть, поэтому те возможные осложнения, которые разъяснены мне врачом Медицинского центра, не представляют собой полный и исчерпывающий перечень.

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

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.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (моего ребенка) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или 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, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен (-на) на опрос и осмотр меня (моего ребенка) другими медицинскими работниками исключительно в медицинских или научных целях с учетом сохранения врачебной тайны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*подпись.*

Я согласен (-на) на переливание компонентов крови моему ребенку, если возникает такая необходимость. Я информирован (-а) о связанном с этой операцией риске передачи инфекции (вирусный гепатит. ВИЧ, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе моего ребенка, степени тяжести и характере заболевания моего ребенка следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае не указания лиц, имеющих право на получение информации, составляющей врачебную тайну, такая информация может быть предоставлена только с письменного согласия законного представителя ребенка.

Я согласен и разрешаю опубликовать информацию о моей операции в научных и образовательных целях в сопровождении иллюстраций и сопроводительных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.

Пациент, достигший 15летнего возраста:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель несовершеннолетнего пациента:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пациент достигший 15летнего возраста, доверяю своему законному представителю представлять мои интересы в период обследования и лечения в Медицинском центре

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Врач: ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_