

**Информированное добровольное согласие**

**на электроэнцефалографический видеомониторинг сна**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента, законного представителя несовершеннолетнего пациента в возрасте до 15 лет, больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

являясь законным представителем пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг с Обществом с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее - «Медицинский центр»)даю информированное добровольное согласие на проведение моему ребенку в соответствии с назначениями врача необходимых методов функционального диагностического исследования, а именно: **процедуры электроэнцефалографического видеомониторига сна (далее – «ЭЭГ ВМ»)**. При этом врачом Медицинского центра мне разъяснена и мной осознана следующая информация:

1. ЭЭГ ВМ – это длительная запись биоэлектрической активности головного мозга, совместно с синхронной видеозаписью пациента. Во время исследования на голову ребенка надевается специальный шлем – шапочка для фиксации электродов. Далее устанавливаются электроды, регистрирующие биопотенциалы головного мозга, сердца, по показаниям врача – устанавливаются дополнительные электроды, регистрирующие движения глаз, конечностей, дыхания и другие). Запись ЭЭГ ВМ будет проводиться во время бодрствования, засыпания, сна, а также бодрствование после пробуждения.
2. Для проведения процедуры ЭЭГ ВМ необходима подготовка. Исчерпывающий перечень подготовительных мероприятий изложен в Памятке для родителей (далее - Памятка), которую врач Медицинского центра (работник регистратуры) вручил мне заблаговременно/ содержание Памятки прочитано мной на сайте Медицинского центра. Мне понятно, что при невыполнении хотя бы одного из указанных в Памятке мероприятий процедура ЭЭГ ВМ может быть проведена не в полном объеме, а ожидаемый результат может быть не получен.
3. Я подтверждаю, что все подготовительные мероприятия к ЭЭГ ВМ, указанные в Памятке выполнены.
4. *Я понимаю, что Медицинский центр не несет ответственности за невозможность проведения ЭЭГ ВМ по причине отказа ребенка от сна и процедура в любом случае должна быть оплачена в полном объеме*.
5. Из содержания Памятки и разъяснений лечащего врача мне понятна цель, характер и возможные неблагоприятные эффекты процедуры ЭЭГ ВМ, а также о том, что предстоит мне (моему ребенку) делать во время их проведения.
6. Мной предоставлена полная информация обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем моего ребенка), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о принимаемых лекарственных средствах, наследственности и т.п.

Мне разъяснено, что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала процедуры ЭЭГ ВМ.

Решение о проведении мне медицинского вмешательства является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чье-либо воли. Текст информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа. От врача Медицинского центра я получил (а) исчерпывающую информацию по всем вопросам относительно предстоящего исследования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии здоровья моего ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. законного представителя пациента) | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. врача Медицинского центра) | | | | |
| “ | \_ | ” |  | | |  |  | г. |

(дата оформления)