

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Информированное добровольное согласие на выполнение инвазивного исследования,
медицинского вмешательства, оперативного вмешательства**

«___» _____ 20___ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации»

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
19 ____ года рождения, проживающая по адресу: _____

<p><u>данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</u></p> <p>Я, _____ (фамилия, имя, отчество – полностью)</p> <p>паспорт: _____ (серия, номер паспорта)</p> <p>выдан: _____ _____ _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)</p> <p>_____ (дата выдачи паспорта)</p> <p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или _____ лица, _____ признанного недееспособным: _____ _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p>

_____ свое согласие на
(вписать «даю» - в случае согласия)
зондирование желудка, проведение зондового питания, проведение пункции и катетеризации
центральных и периферических сосудов, забора крови и других биологических сред для ис-
следования, проведение инструментальных методов исследования, проведение медикаментозной
терапии, медикаментозного обезболивания, проведение инфузионной терапии, парентерального
питания, интубации, искусственной вентиляции легких, пункции и дренирования плевральной
полости, люмбальных пункций, забора крови на неонатальный скрининг, транспортировки на
реанимобиле моему (представляемого) новорожденному ребенку.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая инвалидизацию и смерть, мне (представляемому) известны. Я поняла (понял) разъяснения врача.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения иного вмешательства, исследования или операции, не указанных выше, поэтому я доверяю врачам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченным врачам - консультантам других ЛПУ принять соответствующие решения, в соответствии с их профессиональной компетенцией, и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения состояния моего (представляемого) ребенка.

Учитывая, что новорожденному будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции я добровольно _____ свое согласие

(вписать «даю» - в случае согласия, «не даю» - в случае отказа)

на ограничение моей (представляемого) и моего (представляемого) ребенка приватности во время нахождения в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

Мне разъяснены возможные последствия моего (представляемого) отказа от оказания реанимационной помощи и (или) интенсивной терапии новорожденному ребенку:

- ухудшение тяжести состояния ребенка,
- поздняя или неправильная диагностика заболевания, и соответственно - лечение,
- инвалидизация или смерть ребенка.

В случае отказа от обследования и лечения своего ребенка всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Я _____ свое согласие на осмотр студентами

(вписать «даю» - в случае согласия, «не даю» - в случае отказа)

медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моего (представляемого) ребенка следующим гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Я разрешаю посещение в лечебном учреждении моего (представляемого) ребенка следующим гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

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

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

дата