

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

Информированный добровольный отказ от оказания медицинских услуг и проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции

« ___ » _____ 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», Приказом Минздрава РФ от 19.12.2003 г. №606

Приложение к _____ № _____

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19 __ года рождения, проживающая по адресу: _____

_____ поставлена в известность, что я госпитализирована в _____ бюджетного учреждения

(вписать наименование отделения)

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____

(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю свой (представляемой) добровольный отказ от оказания медицинских услуг и проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, направленных на предотвращение заражения моего (представляемой) ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему оказание предложенных медицинских услуг и проведение химиопрофилактики необходимо, разъяснено действие назначенных моему (представляемой) ребенку препаратов.

Я проинформирована (проинформирован), что:

- назначаемые препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего (представляемой) ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

- назначенные моему (представляемой) ребенку препараты должны подавлять размножение вируса в его организме;

- даже при абсолютном соблюдении всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего (представляемой) ребенка нет;

- все назначаемые моему (представляемой) ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в Российской Федерации;

- как и любое лекарственное средство, назначенные моему (представляемой) ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована (информирован);

- я (представляемая) не должна прикладывать моего (своего) ребенка к груди и/или не должна кормить его моим (своим) грудным молоком, так как это повысит риск его заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Я поставлена (поставлен) в известность, что в случае отказа от оказания медицинских услуг и химиопрофилактики с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, любую ответственность за причинение вреда жизни и здоровью моего (представляемой) ребенка, за все последствия отказа я возлагаю только на себя.

Я поставлена (поставлен) в известность, что в случае отказа от оказания медицинских услуг и проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции медицинские работники бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр», руководствуясь Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 02.09.2009 г. №232-п «О Порядке организации на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры органом опеки и попечительства деятельности по выявлению и учету детей, права и законные интересы которых нарушены», направляют информацию:

- о ненадлежащем исполнении матерью своих обязанностей по жизнеобеспечению ребенка (детей) (отказ от лечения) - в органы опеки и попечительства;

- о факте нарушения прав и свобод несовершеннолетнего - в органы прокуратуры.

Я поставлена (поставлен) в известность, что отказ от оказания медицинских услуг и проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции может повлечь за собой любую ответственность (в том числе уголовную) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа (информированный добровольный отказ от оказания медицинских услуг и проведения химиопрофилактики новорожденному с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции), положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно отказываюсь от предложенного объема медицинских услуг и химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции моему (представляемой) ребенку.

Я подтверждаю, что прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемую) ответы, и у меня (представляемой) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача