

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

Являюсь законным представителем (мать, отец, попечитель и т.д.) ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О ребенка, дата рождения ребенка*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информирован о состоянии здоровья своего ребенка, необходимости обследования и лечения.

1. Даю информированное добровольное согласие на проведение моему ребенку необходимых ему по состоянию здоровья медицинских вмешательств в медицинском блоке Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения ЗАТО г. Североморск «Детский сад № 50», включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, для обследования и получения первичной медико-санитарной помощи.

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- В соответствии с планом диспансерного профилактического наблюдения- осмотр врачом гинекологом ( для девочек), осмотр врачом урологом-андрологом ( для мальчиков).
- Осмотр и консультация моего ребенка гигиенистом стоматологическим, психологом, специалистом по социальной работе.
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

- Введение лекарственных препаратов при оказании первой медицинской помощи, по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

2. Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных последствиях диагностического обследования, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

3. Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать медицинским работникам организации о любом ухудшении самочувствия ребенка.

4. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от диагностического обследования, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить и отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка.

5. Я поставил(а) в известность медицинских работников МБДОУ обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. об аллергических проявлениях или непереносимых моим ребенком лекарств.

6. Я согласен(на) на осмотр моего ребенка другими специалистами и медицинскими работниками детской поликлиники ЗАТО г. Североморска.

7. Я понимаю, что мне не может быть дана точная информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую квалификацию.

8. Сведения о предполагаемом медицинском вмешательстве предоставлены мне в доступной форме.

9. Я даю добровольное, в случае необходимости, согласие на госпитализацию в стационар.

10. В случае возникновения во время обследования, оказания первой медицинской помощи непредвиденных осложнений, угрожающих здоровью моему ребенку, даю отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

11. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для оказания помощи и излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме, мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребёнку, чьим законным представителем я являюсь: (Не обязательно для заполнения. В первую очередь предупреждаются законные представители ребенка (мама, папа))

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи, их контактный телефон*

\_\_\_\_\_  
*Подпись*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

\_\_\_\_\_  
*Подпись*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. медицинского работника*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.