

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в стационаре

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, _____, паспорт: _____
выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____
зарегистрированный (ая) по адресу: _____

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в
**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская
областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»** в отделение _____.

В соответствии со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011
года № 323-ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское, в том числе хирургическое
вмешательство, а также:

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных
осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), разъяснены права и обязанности;
- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в
данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача,
диагностических исследований: лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические,
бактериологические, вирусологические, иммунологические, анализа мочи общего, внутримышечные, подкожные,
внутривенные, внутриаартериальные введения лекарственных и диагностических средств, манипуляции,
электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных
мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и
лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения
будет мне разъяснена дополнительно;

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

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные
препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия,
согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) 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;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об
аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех
перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и
производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня
(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, дополнительная
информация _____.

- Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя,
наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и
колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере
моего заболевания, в том числе после смерти моим родственникам, законным представителям, гражданам:
_____.

- Разрешаю посещение в медицинской организации представляемого ребенка или лица, признанного
недееспособным, следующим гражданам: _____.

- Даю согласие на хирургический метод лечения _____ операция.

Пациент имеет право на получение справки о стоимости оказанной ему медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (по желанию пациента).

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

- Даю согласие на изменение объема оперативного вмешательства, которое может потребоваться с возникновением непредвиденных ситуаций во время операции.

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

- Даю согласие на проведение операции под местной, общей анестезией.

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Должность, ФИО) _____ (подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское, в том числе хирургическое 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 Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах заболевания, наличия заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в том числе хирургического 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, в том числе хирургическом 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.

При выписке мой ребенок и выписные документы могут быть выданы:

1) только родителям

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

2) родственнику (указать ФИО, степень родства, контактный телефон)

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Должность, ФИО) _____ (подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О., подпись _____

Должность, Ф.И.О., подпись _____

Должность, Ф.И.О., подпись _____

«__» _____ 20__ года

Добирается самостоятельно, деньги на обратный проезд имеет (строго детям старше 15 лет).

«__» _____ 20__ года.