

Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинских вмешательств в ГАУЗ СО «ДГКБ №11»

Дано в соответствии со ст. 20 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка _____

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____ СНИЛС _____

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что мой ребенок наблюдается в: _____ дошкольном отделении ГАУЗ СО ДГКБ № 11 _____

(указать название)

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение представляемому, в соответствии с назначениями врача, осмотра перед вакцинопрофилактикой, по случаю контакта с инфекционным больным, профилактического осмотра врачом-педиатром и специалистами согласно перечню по возрасту, проведению антропометрии, измерения артериального давления, температуры тела, плантографии, кистевой динамометрии, осмотра врачей-специалистов, диагностически исследований: анализа крови общего, другие исследования крови по показаниям, анализа мочи общего, анализа кала на яйца гельминтов; электрокардиографии;

Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо 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 отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка;

- 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 представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических токсических средств;

- Я _____ (не) согласен ((не) 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 понята добровольно даю свое согласие на обследование в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил (а) них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют. Мне понятно назначение данного документа. На меня не оказывалось давление и я добровольно _____ (даю/не даю) согласие, на проведение указанного медицинского вмешательства.

_____ (даю/не даю) согласие, на проведение указанного медицинского вмешательства.

Дата _____

Представитель пациента _____

Лечащий врач _____