

Добровольное информированное согласие законного представителя пациента на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство составлено в соответствии со *ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»*.

Мне _____, законному представителю
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

_____, дата рождения (ребенка) ____ . ____ . ____ г,
(Ф.И. ребенка)

разъяснены состояние здоровья моего ребенка и характер необходимых диагностических мероприятий.

1. Настоящим я доверяю выполнить МАУ ДГП №13 следующие названные медицинские вмешательства:

1. обследование на Аппаратно-программном комплексе;
2. скрининг сердца компьютеризированный;
3. спирометрия;
4. экспресс-анализ для определения уровня глюкозы в капиллярной крови;
5. осмотр полости рта гигиенистом стоматологическим;
6. осмотр педиатра;
7. осмотр врачей-специалистов (врач по спортивной медицине и ЛФК, невролог, хирург, офтальмолог, эндокринолог, психиатр, стоматолог, уролог-андролог, кардиолог, оториноларинголог, ортопед-травматолог, акушер-гинеколог (девочкам) и другие специалисты согласно медицинским показаниям);
8. ЭКГ (по показаниям с нагрузочными пробами);
9. анализы крови и мочи;
10. ультразвуковая диагностика.

2. Содержание указанных медицинских действий, связанных с ними возможный риск, вероятные осложнения, ожидаемый дискомфорт и последствия, а также альтернативы предлагаемому обследованию мне известны. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы, понял(а) всю предоставленную информацию, в том числе о преимуществе данного метода диагностики (лечения) и его недостатках.

3. Я подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому работнику всю связанную со здоровьем моего ребенка, физическим и психическим состоянием, информацию, которая необходима для постановки диагноза и проведения лечения.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций или процедур, не указанных в п.1 настоящего «Добровольного согласия». Я доверяю медицинскому работнику принять нужное решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить медицинские действия, которые медицинский работник сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

5. Я признаю, что нет 100% гарантий, что выполнение указанных медицинских действий даст результаты, которые от них ожидаются.

6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все написанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись пациента (Ф.И.О.)

_____ / _____

Медицинского работника

(Ф.И.О.) _____

/ _____

Дата _____ 201__ г.