

**НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО
САНАТОРИЙ «ЗОРИ СТАВРОПОЛЬЯ»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка, год рождения)
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- аллергические реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения)
До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения)
Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012г. N 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. **2.** Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. **3.** Антропометрические исследования. **4.** Термометрия. **5.** Тонометрия. **6.** Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. **7.** Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. **8.** Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). **9.** Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. **10.** Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, реоэнцефалография. **11.** Рентгенологические методы обследования и рентгенография, ультразвуковые исследования, эндоскопия. **12.** Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно. **13.** Медицинский массаж. **14.** Лечебная физкультура. **15.** Терапевтическая стоматология. **16.** Физиотерапия.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____

ФИО мед. работника _____

Дата: « » 202 г.

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство