

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ**

На основании ст.20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ №323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

**Заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет,
или недееспособных граждан:**

Я, _____
паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

1. Даю информированное добровольное согласие на предложенное медицинское вмешательство (манипуляцию, процедуру) в виде (нужное подчеркнуть, в отдельной графе - прописью «да»/ «нет») :

Вид медицинского вмешательства (манипуляции, процедуры)	Да/нет
Установка катетера в периферическую/центральную вену	
Проведение прямой ларингоскопии	
Установка устройства для защиты дыхательных путей (воздуховод/LMA/эндотрахеальная трубка)	
Установка датчиков монитора пациента и проведение мониторинга (ЭКГ, НИАД, SpO2, T-тела, капнография, BIS)	
Проведение инфузионной терапии	

Другие процедуры и манипуляции (наименование указать) _____

2. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях и методах предложенного медицинского вмешательства (манипуляции, процедуры), связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

3. Мне разъяснены и понятны суть заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

4. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения) и изменения тактики проводимой терапии по усмотрению врача.

5. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

6. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

9. Я удостоверяю, что текст информированного согласия на медицинское вмешательство прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Мне объяснены все неизвестные медицинские термины, мною заданы все интересующие вопросы и получены на них исчерпывающие ответы.

Даю согласие на обработку и передачу персональных данных моего ребенка.

Подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой: _____
_____, дата: _____.

Подпись врача (с расшифровкой) _____
_____, дата: _____.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

На основании ст.20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ №323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

**Заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет,
или недееспособных граждан:**

Я, _____
паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому):

Наркоз (в том числе ингаляционный/ТВВА/ комбинированный)

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

1. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

2. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства.

3. Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других органов и систем организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также неблагоприятного исхода.

4. Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению.

5. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме. Мне объяснены все неизвестные медицинские термины, мною заданы все интересующие вопросы и получены на них исчерпывающие ответы

6. О последствиях и связанных с ними рисками при выполнении анестезии информирован(а), предупрежден(а).

Подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой: _____

_____, дата: _____.

Подпись врача (с расшифровкой) _____

_____, дата: _____.