

Добровольное информированное согласие родителя (законного представителя) на обследование и лечение обучающегося

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего пациента – мать, отец, опекун, либо лица, действующего на основании доверенности, выданной законным представителем (указать паспортные данные законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего его полномочия как законного представителя))

_____, паспорт: _____

(дата рождения)

(серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата его рождения)

проживающего (ей) по адресу: _____

подтверждаю, что в медицинской справке указаны ВСЕ заболевания, перенесенные ребенком, а также хронические заболевания и аллергии.

Я обязуюсь предоставить необходимые данные об ограничениях для ребенка, в том числе о состоянии здоровья, питании, о необходимости ограничить физические и иные нагрузки, а также иные данные, которые могут повлиять на обучение ребенка в региональном Центре выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Московской области (в структуре автономной некоммерческой общеобразовательной организации «Областная гимназия им. Е.М. Примакова») (далее – Центр).

Я даю согласие на представление работниками Центра интересов моего ребенка в медицинских учреждениях с правом получения медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Я даю информационное добровольное согласие, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на медицинское вмешательство медицинскими работниками, по обращению работника (работников) Центра, на проведение при необходимости медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н, в отношении ребенка, законным представителем которого я являюсь, а также на проведение в случае необходимости таких видов вмешательств, как:

– первичная медицинская помощь (обработка ран и наложение повязок);

– госпитализация ребенка по медицинским показаниям в медицинские учреждения Москвы и Московской области.

Кроме того, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение при необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций (в АНОО «Областной технолицей им. В.И. Долгих») ООО «ДЕТСКАЯ КЛИНИКА» (ГК Фэнтези):

– медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;

– осмотр врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста, врача-стоматолога и т.д.);

– анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.).

Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих лечебных процедур и манипуляций:

– пероральный прием лекарственных препаратов;

– парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.);

–с целью ограничения контакта со здоровыми детьми изоляция больного ребенка в бокс для заболевших детей (изолятор).

За исключением случаев, когда имеет место состояние здоровья, при котором имеется непосредственная угроза жизни, моему ребенку не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции:

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих здоровью, моего ребенка, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения моего ребёнка, а также возможные последствия отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от пребывания моего ребёнка в стационаре, его обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для излечения ребенка, законным представителем которого я являюсь, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне может быть не дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации.

Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у моего ребенка и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у моего ребенка в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья моего ребенка может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Законный представитель пациента

_____/_____
подпись Ф.И.О. полностью
« ____ » _____ 202__ г.

Медицинский работник

_____/_____
подпись Ф.И.О. полностью
« ____ » _____ 202__ г.