

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 ____ . ____ . ____ Г,
(Ф.И. ребенка) (ребенка)

разъяснены состояния здоровья моего ребенка и характер необходимых диагностических мероприятий.

1. Настоящим я доверяю 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. Функциональная диагностика (по показаниям с нагрузочными пробами);
9. Лабораторное обследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и другие исследования согласно медицинским показаниям;
10. Ультразвуковая диагностика.

2. Содержание указанных медицинских действий, связанных с ними возможный риск, вероятных 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.)

Подпись медицинского работника (Ф.И.О.)

_____/_____/_____ / _____/_____ / _____