

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть))
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в федеральном государственном образовательном учреждении «Всероссийский детский центр «Орлёнок» (далее Центр).

В случае необходимости при возникновении неотложной ситуации я даю согласие на проведение:

1. Анестезиологического пособия;
2. Пункции суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств;
3. Закрытую репозицию при переломах;
4. Промывание желудка;
5. Очистительную и лечебную клизму;
6. Обработку ран и наложение повязок, швов;
7. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов;
8. Оказание гинекологической и урологической помощи;
9. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности;
10. Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами Центра.

Мне - родителю (законному представителю) ребенка разъяснено право ознакомиться с целями, методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможными вариантами медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятностью развития осложнений, возможностью направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемыми результатами оказания медицинской помощи, находящимися на электронных ресурсах:

-Банк документов Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://www.rosminzdrav.ru/documents>

-Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) Министерства здравоохранения Российской Федерации - <http://www.femb.ru/feml>.

Медицинским работником _____ (должность, ФИО медицинского работника)
(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в ВДЦ «Орлёнок»)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

(подпись) (Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в ВДЦ «Орлёнок») (Ф.И.О. медицинского работника)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в Центре. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Центра. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«_____» _____ 20__ г.