

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (манипуляцию, инвазивное исследование)

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ (кем), дата выдачи: _____,

зарегистрированный по адресу: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть), ребёнка _____ (Ф.И.О.), дата рождения ребёнка « _____ » _____ г., проживающего по адресу: _____

_____ и находящегося на обследовании и лечении в _____ отделении Обособленного структурного подразделения - научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (история болезни № _____), **настоящим подтверждаю, что получил (-а) от лечащего врача ребёнка разъяснения** о диагнозе, степени тяжести и прогнозе его заболевания, сопутствующих заболеваниях и возможных осложнениях и **проинформирован (-а)** о необходимости проведения оперативного лечения _____

(указать вид оперативного вмешательства)

Я подтверждаю, что врач – хирург _____ (Ф.И.О.) проинформировал меня о плане предстоящей операции (манипуляции, инвазивном исследовании).

Я получил (-а) полную и понятную мне информацию о предстоящем оперативном вмешательстве (манипуляции, инвазивном исследовании), о связанном с ним риском, возможных осложнениях, вероятности и тяжести побочных эффектов, а также о возможности альтернативного лечения.

Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции, в ряде случаев, еще не гарантирует выздоровления, так как для достижения необходимого результата, кроме операции, потребуется высококвалифицированное лечение.

Мне разъяснено и я осознаю, что любое оперативное вмешательство связано с риском для здоровья и во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, которые потребуют от врачей изменения хода операции и (или) проведения повторных операций, а также переливания крови и/или её компонентов.

В последнем случае **мне предложат подписать соответствующее информированное добровольное согласие**, а в экстренных случаях, угрожающих жизни ребёнка и при моём отсутствии, решение о переливании крови и её компонентов **может быть принято консилиумом врачей в соответствии с пунктами 1 и 2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и даю своё согласие на это.**

Я согласен (-а), в случае возникновения необходимости, на изменение хирургической тактики и проведение иных медицинских действий, направленных на достижение наилучшего эффекта и пользы для здоровья ребёнка, чьим законным представителем я являюсь. **Мне была предоставлена информация** о составе операционной бригады **и я не имею по этому поводу возражений**.

Я проинформирован (-а) о необходимом объёме предоперационной подготовки и связанных с ней действий с моей стороны.

Я поставил (-а) в известность врача о наследственности, обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребёнка, чьим законным представителем я являюсь, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им травмах и заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов.

Я понимаю, что от объёма и правильности сообщенных врачу сведений, а также от точности и своевременности соблюдения врачебных назначений, могут зависеть жизнь и здоровье ребёнка, чьим законным представителем я являюсь.

Мне известно, что что в соответствии с ч. 3 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», **я имею право в любое время отказаться** от любого лечения и отозвать данное мною согласие на проведение оперативного вмешательства (манипуляции, инвазивного исследования).

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на что **я получил (-а)** понятные мне и исчерпывающие ответы и больше вопросов к медперсоналу **не имею**.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-на) со всеми положениями настоящего документа, которые мне разъяснены и мною поняты, и поэтому **добровольно даю согласие на оперативное лечение ребёнку** (манипуляцию, инвазивное исследование) **в предложенном объёме.**

ПОДПИСЬ: _____ / _____ (Ф.И.О. законного представителя)

Добровольное информированное согласие подписано законным представителем в моём присутствии:

_____ / _____ (подпись) (Ф.И.О. врача - хирурга)

Дата заполнения документа: « _____ » _____ 20 ____ г. Время: _____ ч _____ мин.