

**УТВЕРЖДЕНО**  
**приказом начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной защиты**  
**населения области – заместителя**  
**председателя правительства области от**  
**«\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 года №\_\_**

\_\_\_\_\_ **МБДОУ д/с № 45 г. Белгорода** \_\_\_\_\_  
 наименование учреждения

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**Я** \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество – полностью)  
 \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_  
 паспорт \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
**являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун,**  
**попечитель) ребенка**

(Ф.И.О. ребенка – полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение

\_\_\_\_\_ (указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. - Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, призванного недееспособным, следующим гражданам:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента / законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(Должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Примечание:** Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при необходимости собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/руководителя ЛПУ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/руководителя ЛПУ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

### **Дополнительная информация:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись законного представителя \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. и подпись

Расписался в моем присутствии:

Старшая медсестра \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

### **Консилиум врачей в составе:**

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

