

АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА ТОМСКА
МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(детское образовательное учреждение)

Я. _____
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я. _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

Паспорт _____ выдан _____

Добровольно даю свое согласие на проведение:

1. Опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, скрининг-тестирование.
2. Осмотра врачом, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, осмотр педиатра, хирурга, эндокринолога.
3. Осмотр уролога, гинеколога.
4. Антропометрического исследования (вес, рост, динамометрия).
5. Термометрии.
6. Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций, осмотр окулиста.
7. Не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций, осмотр отоларинголога (риноскопии, фарингоскопии).
8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), осмотр невролога.
9. Лабораторных методов обследования, в том числе клинических: общий анализ крови, мочи, кала, соскоб на энтеробиоз.
10. Функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, спирографии.
11. Рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет).
12. Введение лекарственных препаратов (по показаниям) по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинского массажа.
14. Лечебной физкультуры.

– Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства, и врач дал мне понятные исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

– Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

– Я уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах.

– Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

– Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование в предложенном объеме.

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

« ____ » _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ / _____ /
(Должность, И.О. Фамилия) (подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие составляется в соответствии со ст. 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны, 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.

