

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Поставлен(поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован(госпитализирована) в МАУ ДО ЦДОД «Ханалас» ДЗСОЛ "Усадьба Булуус" и подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство в МАУ ДО ЦДОД «Ханалас» ДЗСОЛ "Усадьба Булуус"

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 или др.) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина- полностью, дата рождения) _____

- **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;

- **Я 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, массаж, бальнеолечение, питьевое лечение минеральной водой, лечебной физкультуры, 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, курение и принятие алкоголя, 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 лечение в предложенном объеме;

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

_____ (Ф.И.О., контактный телефон)
"__" _____ 20__ года. _____ Подпись пациента/законного представителя /

Расписался в моем присутствии:

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

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____