**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

*Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011г.*

 *«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

 Уважаемые родители (опекуны),

Ваш ребенок поступил в стационар, т.к. ему требуется дополнительное лечение и обследование.

Доводим до Вашего сведения, что:

1. Выполнение диагностических и лечебных процедур сопряжено с риском возникновения осложнений и непреднамеренного причинения вреда здоровью пациента.

Вероятность развития осложнений зависит не только от повреждающих эффектов метода терапии или исследования, но и от индивидуальных особенностей организма.

2. При развитии заболеваний, создающих угрозу жизни или вероятность инвалидизации, ребенок может нуждаться в незамедлительном выполнении лечебно-диагностических мероприятий, которые могут быть проведены в отсутствие родителей.

3. В случае если Ваш отказ от проведения лечебно- диагностических процедур создает прямую угрозу жизни или здоровью ребенка администрация больницы имеет право обратиться в суд для защиты прав пациента.

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О.) (родственная принадлежность к ребенку*)

Пол ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие на проведение моему ребенку необходимых обследований и лечебных мероприятий.

Я согласен на осмотр ребенка другими медицинскими работниками, привлеченными администрацией больницы, при условии сохранения врачебной тайны.

Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка, предоставление медицинских документов специалистам для проведения экспертизы, контроля качества оказания медицинской помощи, и др.

 **Я информирован о возможности получения справки о стоимости (тарифе) медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках Программ ОМС, после выписки ребенка из стационара.**

 В случае необходимости проведения дополнительных исследований и методов лечения, которые не входят в «Программу государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью в СПб» или предоставляются по желанию пациента свыше установленных стандартов объемов медицинской помощи по данному заболеванию и не подлежат возмещению за счет средств федерального бюджета, бюджета СПб или средств ОМС в данную госпитализацию, я допускаю возможность оплаты медицинских услуг, приобретения лекарственных средств или расходного материала за наличный расчет в аптечной сети города и обследование в других медицинских учреждениях.

Разрешаю в мое отсутствие предоставить информацию о диагнозе ребенка, проводимых лечебно-диагностических мероприятиях гражданину:

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

Характер заболевания ребенка, его возможные последствия и содержание необходимых лечебно-диагностических мероприятий разъяснены мне врачом.

Содержание настоящего документа прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю своей подписью.

***Дата***\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись законного представителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Расписался в моем присутствии***.

**Врач** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*подпись*)

Согласно Статье 20 (пункты 9 ч.1 и 10 ч.1) Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года в связи с отсутствием законных представителей при поступлении ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИБ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ консилиумом врачей в составе:

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**принято решение о медицинском вмешательстве по экстренным показаниям**.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдержка из Статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года:

**9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:**

*1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);*

***10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается*:**

*1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;*