***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.*** далее ***ИДС.***

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО),

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в Обществе с ограниченной ответственностью Детский медицинский центр «Белый лепесток»,

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность) оказывать моему ребенку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) , законным представителем которого я являюсь, медицинские услуги.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с полной информацией о целях, методах, оказания медицинской помощи лицу, интересы которого я представляю, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен(а), что успех о лечения лица, интересы которого я представляю, зависит от биологических и анатомических особенностей организма. Я даю разрешение врачу, выбранному мной, составлять диагностические модели, проводить любые диагностические мероприятия, которые врач сочтет нужным провести для оценки состояния лица, интересы которого я представляю, здоровья и выявления заболеваний. Я также разрешаю проводить необходимые лечебные мероприятия, прописывать лицу, интересы которого я представляю, по показаниям лекарства и медицинские манипуляции. Я разрешаю привлекать к лечению консультантов на усмотрение врача.

Мне объяснены все возможные исходы лечения и альтернативные варианты

Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Врач предоставил мне предварительно информацию о методах анестезии, приеме лекарств, возможных осложнениях лечения, о возможных аллергических реакциях, о возможных неприятных ощущениях, которые могут сопутствовать любому вмешательству в человеческий организм, таких как боль, тошнота, головокружение, гематомы, и о других неприятных ощущениях, которые зависят не только от применяемой техники и действий врача, но в гораздо большей степени- от ответной реакции организма .

Я проинформирован (а) о возможных неблагоприятных реакциях человеческого организма, в том числе об анафилактических реакциях, об инфекционных осложнениях.

Я проинформирован (а) обо всех возможных побочных действиях используемых врачом лекарственных средств и препаратов. Вся информация изложена в доступной для меня форме, и полностью мне понятна.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, обо всех известных заболеваниях, имеющихся у меня (или лица, интересы которого я представляю). Указанная информация при мне полностью внесена врачом в амбулаторную карту.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить и приводить лицо, (интересы которого я представляю) на контрольные осмотры по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни. Я понимаю, что несоблюдение указаний, (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима

лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я согласен(на) соблюдать график посещения, не допуская систематических (более 2 раз) опозданий меня (или лица, интересы которого я представляю),. Я согласен((на) тем, что в случае опоздания на прием, продолжительность указанного приема может быть соответствующим образом сокращена.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен (на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны и не могут быть даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что врач использует общепринятые методы диагностики и лечения. Я понимаю, что врач не может нести ответственность за независящие от его воли явления, в том числе за обострение не диагностированных ранее у меня (или лица, интересы которого я представляю) заболеваний, за пост инъекционные осложнения, за любые действия других врачей.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

**(ФИО) гражданина, контактный телефон) (подпись)**

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

(ФИО) медицинского работника) (подпись)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и отдаю себе отчет в том, что он влечет для лица, интересы которого я представляю определенные правовые последствия.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись Потребителя