

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр
детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»
(ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России»)**

П Р И К А З

09.11.2022

№ 300

Москва

**Об утверждении форм добровольных
информированных согласий/отказов,
необходимых при оказании
медицинской помощи**

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», приказа Минздрава России от 12.11.2021 №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», приказ Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 №19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них», приказа Минздрава России от 07.06.2022 №385н «Об утверждении формы согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы», а также с целью реализации возможности предоставления гражданам медицинских услуг

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить
 - 1.1. Перечень необходимых информированных согласий для стационара и амбулаторной службы (приложение 1)
 - 1.2. Формы добровольных информированных согласий на проведение медицинских услуг и отказов от них (Приложения № 2-22).
2. Признать утратившим силу приказ №57 от 15.02.2022 «Об утверждении информированных согласий».
3. Заведующим отделениями:
 - 3.1. Использовать утвержденные формы документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в Центре.

3.2. В случае отказа пациента или его законного представителя от подписания форм документов фиксировать данный отказ в истории болезни (амбулаторной карте).

3.3. Организовать четкий контроль заполнения утвержденных форм информированных согласий/отказов в курируемых подразделениях Центра.

3.4. Довести настоящий приказ до медицинского персонала курируемого отделения.

4. Делопроизводителю канцелярии Гридасовой С.В. ознакомить с настоящим приказом всех заведующих структурных подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по клинико-экспертной работе Иванову А.А.

Директор



И.В. Зябкин

УТВЕРЖДЕН
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей
 и подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

Перечень необходимых добровольных информированных согласий
 для стационара и амбулаторной службы*

Стационар	Приложение 3; приложение 7, приложение 8, приложение 9, приложение 10, приложение 11, приложение 12, приложение 13, приложение 14, приложение 15, приложение 16, приложение 17, приложение 22
Детский клиничко-диагностический Центр (ДКДЦ)	Приложение 2; приложение 3; приложение 4; приложение 5, приложение 6; приложение 7; приложение 11, приложение 16, приложение 18, приложение 19, приложение 20, приложение 21, приложение 22

* Информированное согласие на медицинское вмешательство заполняется законным представителем в отношении пациентов в возрасте до 15 лет. После достижения возраста ребёнком 15 лет информированное согласие подлежит обновлению, оформляется от имени пациента при очередном обращении в Центр.

Согласия на обработку персональных данных оформляются пациенту/законному представителю при первичном обращении в ДКДЦ и на каждый случай госпитализации в стационар. При достижении пациентом возраста 15 лет – необходимы (два) согласия – и от пациента (заполняет сам) и от законного представителя.

Согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них, заполняется перед каждым выполнением профилактических прививок пациентом/законным представителем в соответствии с формой согласия.

Проведение кожных проб (диаскин-теста/пробы Манту) требует подписания соответствующей формы согласия.

При направлении амбулаторных пациентов на медико-социальную экспертизу пациентом/законным представителем заполняется форма согласия, утверждённая приказом Минздрава России от 07.06.22 № 385н.

При согласии пациента на выполнение обследования на ВИЧ-инфекцию, пациентом/законным представителем заполняется соответствующая форма информированного согласия.

Информированное согласие на препараты вне инструкции (офф-лэйбл, off-label) необходимо заполнять в трех случаях – инициации, изменение дозы, кратности и пути введения, а также продолжения терапии. Непосредственное начало терапии допустимо ТОЛЬКО после подписания соответствующей формы информированного согласия пациентом/законным представителем.

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения,
 (дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении: _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения,
 (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 (ненужное зачеркнуть).

в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г.
 (дата оформления)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

УТВЕРЖДЕН
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ "____" _____ года рождения,
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ "____" _____ года рождения,
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. N 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"____" _____ 20____ г.
 (дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Согласие законного представителя несовершеннолетнего пациента
 на обработку персональных данных**

Я, _____

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

Паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____,

адрес регистрации _____,

являющийся законным представителем несовершеннолетнего пациента: _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента)

Свидетельство о рождении/ паспорт пациента: серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____,

действующий на основании: _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей – свидетельство о рождении; для усыновителей – свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей – акт органа опеки и попечительства)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства» (далее — Оператор), адрес местонахождения: Москва, ул. Москворечье, д. 20, моих персональных данных и персональных данных моего ребенка/подопечного (пациента), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, включая личную фотографию, адрес места жительства, место регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, данные полиса ОМС (ДМС) пациента, данные СНИЛС пациента, статус застрахованного лица (пациента) (работающий, неработающий), данные документов, подтверждающих право пациента на дополнительные гарантии, льготы и компенсации по определенным основаниям, данные документов, подтверждающих факты расчетов по договорам платных медицинских услуг, данные о состоянии здоровья и диагнозе пациента, данные оказанных пациенту видов, объемов, форм медицинской помощи, данные о заболеваниях пациента, случаях и результатах обращения за медицинской помощью пациента в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну и иные персональные данные пациента, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи пациенту, я предоставляю право медицинским работникам передавать все персональные данные (мои и пациента), в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и работникам Оператора (в том числе, с использованием медицинских информационных систем), в интересах обследования, лечения пациента, а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом Оператора и законодательством Российской.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными пациента, включая сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные пациента посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), ВМП, платным медицинским услугам и иным источникам финансирования.

Оператор имеет право на исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными пациента с обслуживающей страховой медицинской организацией, федеральным и территориальными фондами ОМС, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, экспертными организациями, ФМБА России, Росздравнадзором, Роспотребнадзором,

Минздравом России, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача моих персональных данных и персональных данных пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев особо оговоренных законодательством РФ. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании письменного личного заявления, путем направления документа по почте заказным письмом в адрес Оператора или вручения лично под расписку уполномоченному представителю Оператора.

Я, _____, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию, даю свое согласие на предоставление Оператором информации, содержащей персональные данные (моих и пациента) лично, по телефону (при звонке Оператора) и по электронной почте (указанной мною в данном согласии) лечащему врачу/медицинской организации (где наблюдается пациент), а также следующим лицам:

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись представителя пациента: _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)

Подпись сотрудника, принявшего согласие: _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»
 Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

Согласие на обработку персональных данных
 (пациента старше 15 лет)

Я, _____
 (Ф.И.О пациента)
 Паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____
 _____ дата выдачи _____,
 адрес регистрации _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства» (далее — Оператор), адрес местонахождения: Москва, ул. Москворечье, д. 20, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, включая личную фотографию, адрес места жительства, место регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, данные полиса ОМС (ДМС), данные СНИЛС, статус застрахованного лица (работающий, неработающий), данные документов, подтверждающих право на дополнительные гарантии, льготы и компенсации по определенным основаниям, данные документов, подтверждающих факты расчетов по договорам платных медицинских услуг, данные о состоянии здоровья и диагнозе, данные оказанных видов, объемов, форм медицинской помощи, данные о моих заболеваниях, случаях и результатах обращения мною за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну и иные мои персональные данные, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать все мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и работникам Оператора (в том числе, с использованием медицинских информационных систем), в интересах моего обследования, лечения, а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом Оператора и законодательством Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), ВМП, платным медицинским услугам и иным источникам финансирования.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с обслуживающей страховой медицинской организацией, федеральным и территориальными фондами ОМС, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, экспертными организациями, ФМБА России, Росздравнадзором, Роспотребнадзором, Минздравом России, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев особо оговоренных законодательством РФ. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании письменного личного заявления, путем направления документа по почте заказным письмом в адрес Оператора или вручения лично под расписку уполномоченному представителю Оператора.

Я, _____, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию, даю свое согласие на предоставление Оператором информации, содержащей мои персональные данные лично, по телефону (при звонке Оператора) и по

электронной почте (указанной мною в данном согласии) лечащему врачу/медицинской организации (где я наблюдаюсь), а также следующим лицам:

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись пациента: _____ / _____ /

(фамилия, инициалы)

Подпись сотрудника, принявшего согласие: _____ / _____ /

(фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Согласие на обработку персональных данных сопровождающих пациента лиц
(пациента старше 15 лет)**

Я, _____
(Ф.И.О гражданина)

Паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____

дата выдачи _____

адрес регистрации _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства» (далее — Оператор), адрес местонахождения: Москва, ул. Москворечье, д. 20, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, включая личную фотографию, адрес места жительства, место регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, данные полиса ОМС (ДМС), данные СНИЛС, статус застрахованного лица (работающий, неработающий), данные документов, подтверждающих право на дополнительные гарантии, льготы и компенсации по определенным основаниям, данные документов, подтверждающих факты расчетов по договорам платных медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну и иные персональные данные, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности.

Я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и работникам Оператора (в том числе, с использованием медицинских информационных систем), в интересах обследования и лечения моего ребёнка, а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом Оператора и законодательством Российской.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными включая сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), ВМП, платным медицинским услугам и иным источникам финансирования.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными с обслуживающей страховой медицинской организацией, федеральными и территориальными фондами ОМС, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, экспертными организациями, ФМБА России, Росздравнадзором, Роспотребнадзором, Минздравом России, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев особо оговоренных законодательством РФ. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании письменного личного заявления, путем направления документа по почте заказным письмом в адрес Оператора или вручения лично под расписку уполномоченному представителю Оператора.

Я, _____, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию, даю свое согласие на предоставление

Оператором информации, содержащей мои персональные данные, лично, по телефону (при звонке Оператора) и по электронной почте (указанной мною в данном согласии) лечащему врачу/медицинской организации (где наблюдается мой ребёнок), а также следующим лицам:

_____ /
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

_____ /
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, e-mail)

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись пациента: _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)

Подпись сотрудника, принявшего согласие: _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

**Добровольное информированное согласие
 на проведение профилактических прививок детям
 или отказа от них**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ года рождения,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
 несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с отсутствием профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 года № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»)

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а), исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ (название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение прививки¹ в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»:

_____ (название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки) _____ (название прививки)

несовершеннолетнему _____

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся)² _____,

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

«__» _____ 20__ года _____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ «__» _____ 20__ года
 (Ф. И. О.) (подпись)

1 – Нужно подчеркнуть

2 – Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»
 Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

Информированное добровольное согласие
на проведение кожных проб (проба Манту 2 ТЕ-ППДЛ, Диаскинтест)
для диагностики туберкулеза или отказ от них

Я, нижеподписавшийся(ая) _____,
 (фамилия, имя, отчество - полностью)
 _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____,
 являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____,
 _____,
 (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

действующий на основании: _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что: В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно – эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:

- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, начиная с 12-месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию;

- для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.

Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний.

Мне ясно и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры).

Я поставил(а) в известность медицинского работника о наличии реакций на предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден(а) о том, что:

- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту;

- статьей 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ от прививок, а также диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Добровольно соглашаюсь на проведение пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/ Диаскинтеста (подчеркнуть нужное) и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно отказываюсь от проведения пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/ Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

Настоящее согласие дано мной _____
 (дата)

Подпись пациента/ законного представителя: _____ / _____
 (фамилия, инициалы)

Законный представитель пациента расписался в моем присутствии

Должность медицинского работника _____ / _____
 (подпись) (фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

СОГЛАСИЕ

ГРАЖДАНИНА (ЕГО ЗАКОННОГО ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА НАПРАВЛЕНИЕ И
 ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Положения, касающиеся использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", действуют с 01.02.2023 (пункт 3).

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного или уполномоченного представителя)
 _____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

и проживающий (-ая) по адресу: _____

 (адрес места жительства гражданина либо его законного или уполномоченного представителя)

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

 (кем выдан, дата)

СНИЛС _____ - _____ - _____
 (сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета)

даю согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы меня
 направление на проведение медико-социальной экспертизы гражданина
 (нужное подчеркнуть) _____
 _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
 _____ года рождения, законным или уполномоченным представителем которого я
 являюсь (нужное подчеркнуть), в том числе с использованием видов медицинских вмешательств,
 включенных 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. N 390н
 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный
 N 24082) <1>, и специального диагностического оборудования в _____

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной
 экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина)

Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы (нужное отметить) <2>

с личным присутствием без личного присутствия

Лечащим врачом/заведующим отделением _____
 (нужное подчеркнуть) _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))
 медицинской организации Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный
 научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»
 (полное наименование медицинской организации)

мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную экспертизу <3> в
 целях _____

(указать цель направления на медико-социальную экспертизу) <4>

Мне разъяснен порядок проведения медико-социальной экспертизы <5>, цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия рекомендуемых реабилитационных мероприятий. Разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, отказаться от направления на медико-социальную экспертизу, а также имею право отказаться от выполнения составленной мне в ходе медико-социальной экспертизы программы дополнительного обследования и от получения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) путем подачи в бюро (главное бюро медико-социальной экспертизы, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы) заявления в простой письменной форме.

Также мне разъяснено, что согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным или уполномоченным представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным или уполномоченным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Предпочтительный способ получения уведомления о проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить, возможны несколько способов) <2>.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений | <input type="checkbox"/> в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением | <input type="checkbox"/> в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" <6> |
|---|--|---|

Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина <7>:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя гражданина)

_____ (адрес места жительства законного или уполномоченного представителя гражданина)

_____ (подпись гражданина либо его законного или уполномоченного представителя)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись лечащего врача/ заведующего отделением медицинской организации)

_____ (расшифровка подписи)

" ____ " _____ 20__ г.

(дата)

<1> Далее - Перечень.

<2> Данные отмечаются условным знаком "X", вносимым в соответствующие квадраты.

<3> Раздел III Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. N 588 "О признании лица инвалидом" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 15, ст. 2506).

<4> Пункт 5 формы N 088/у "Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией", утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 февраля 2021 г. N 27н/36н "Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 июня 2021 г., регистрационный N 63721).

<5> Раздел IV Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. N 588 "О признании лица инвалидом" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, N 15, ст. 2506).

<6> При наличии технической возможности, в том числе технической готовности ФГИС "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

<7> Заполняется в случае, если форму согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы заполняет его законный или уполномоченный представитель.

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное согласие
 на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ-инфекции
 (пациента младше 15 лет)**

Законный представитель _____,
 (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

обследуемого на ВИЧ _____,
 (фамилия, имя, отчество, дата рождения несовершеннолетнего пациента)

действующий на основании: _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

– тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;

– доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.

ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
- при сексуальных контактах без презерватива;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

 (подпись законного представителя)

 (дата)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное согласие
 на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ-инфекции**
 (пациента старше 15 лет)

Я _____
 (Ф.И.О., дата рождения пациента)

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

– тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;

– доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.

ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
- при сексуальных контактах без презерватива;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

 (подпись пациента)

 (дата)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное добровольное согласие законного представителя пациента
 на обследование и лечение**

Я, _____
 (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

проживающий по адресу: _____,
 (адрес регистрации)

являясь законным представителем несовершеннолетнего пациента (мать, отец, усыновитель,
 опекун, попечитель - нужное указать): _____
 (Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента)

Действующий на основании:

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей-свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на обследование и лечение представляемого в условиях Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства», в том числе: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, врачей специалистов, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), забор крови из пальца/из вены, забор биопсийного материала, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, молекулярно-генетические исследования; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, электроэнцефалография; рентгенологические методы обследования (рентгенография); ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; диагностические и лечебные пункции, физиотерапевтические процедуры; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно (в том числе через периферический катетер), подкожно, внутривожно, а также приём таблетированных препаратов.

Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит моему представляемому делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что 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 (а) и осознаю, что отказ от лечения представляемого, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья представляемого;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (выявленных ранее), обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности представляемого, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне в доступной форме разъяснена суть применяемых методов диагностики и лечения. Я согласен(на) на то, что количество и состав процедур будет определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.

Я предупрежден(а) о возможности развития побочных реакций, носящих характер аллергических (индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов), инфекционных осложнений (вторичные воспалительные реакции) и иных.

Я предупрежден(а) о существовании потенциального риска заражения вирусными инфекциями, включая ВИЧ, гепатиты В и С, в случае возможного проведения переливания крови и ее компонентов.

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

Принимая во внимание, что Центр является научно-клиническим учреждением и является клинической базой для обучающихся студентов медицинских специальностей (врачей-ординаторов, медицинских сестёр), я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания медицинской помощи моему ребенку, совместно с лечащим врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, медицинские сестры, обучающиеся по программам среднего специального и высшего профессионального образования.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе представляемого, степени тяжести и характере заболевания представляемого, результатах исследований, в том числе после смерти:

Членам семьи: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Я, _____, ознакомлен(а) и согласен(а) с распорядком и правилами (фамилия, инициалы представителя) лечебно-охранительного режима, установленного в ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме представляемого.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись представителя пациента: _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)

Законный представитель пациента расписался в моем присутствии.

Должность медицинского работника _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение
 (пациента старше 15 лет)**

Я, _____
 (Ф.И.О. пациента)

паспорт _____, кем выдан _____

дата выдачи _____,

Проживающий по адресу: _____,
 (адрес регистрации)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на обследование и лечение в условиях Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства», в том числе: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, врачей специалистов, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), забор крови из пальца/из вены, забор биопсийного материала, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, молекулярно-генетические исследования; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, электроэнцефалография; рентгенологические методы обследования (рентгенография); ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно (в том числе через периферический катетер), подкожно, внутрикожно, а также приём таблетированных препаратов.

Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что мне 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 (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на моём состоянии здоровья;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (выявленных ранее), обо всех перенесенных представляемых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне в доступной форме разъяснена суть применяемых методов диагностики и лечения. Я согласен(на) на то, что количество и состав процедур будет определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.

Я предупрежден(а) о возможности развития побочных реакций, носящих характер аллергических (индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов), инфекционных осложнений (вторичные воспалительные реакции) и иных.

Я предупрежден(а) о существовании потенциального риска заражения вирусными инфекциями, включая ВИЧ, гепатиты В и С, в случае возможного проведения мне переливания крови и ее компонентов.

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

Принимая во внимание, что Центр является научно-клиническим учреждением и является клинической базой для обучающихся студентов медицинских специальностей (врачей-ординаторов, медицинских сестёр), я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания мне медицинской помощи, совместно с лечащим врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, медицинские сестры, обучающиеся по программам среднего специального и высшего профессионального образования.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, результатах исследований:

Членам семьи: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Я, _____, ознакомлен (а) и согласен (а) с распорядком и правилами
(фамилия, инициалы пациента)
лечебно-охранительного режима, установленного в ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном мне объеме.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись пациента: _____ / _____ /
(фамилия, инициалы)

Пациента расписался в моем присутствии.

Должность медицинского работника _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕН
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Отказ законного представителя несовершеннолетнего пациента
 от медицинского вмешательства**

Я, _____
 (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

Проживающий по адресу: _____,
 (адрес регистрации)

Являясь законным представителем несовершеннолетнего пациента (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное указать): _____
 (Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента)

Действующий на основании: _____
 (наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей-свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

при оказании ему представляемой медицинской помощи в отделении _____
 (наименование подразделения)

Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства», отказываюсь от проведения/прошу прекратить выполнение (нужное подчеркнуть) следующего медицинского вмешательства: _____

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____
 (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), а именно: _____

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне _____, разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

Настоящий отказ дан мной _____
 (дата)

Подпись законного представителя пациента: _____ / _____ /
 (фамилия, имя, отчество законного представителя)

УТВЕРЖДЕН
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Отказ пациента от медицинского вмешательства
 (для лиц старше 15 лет)**

Я, _____
 (Ф.И.О. пациента)

проживающий по адресу: _____,
 (адрес регистрации)

паспорт _____, кем выдан _____

дата выдачи _____,
 при оказании мне медицинской помощи в отделении _____
 (наименование подразделения)

Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»,
 отказываюсь от проведения/прошу прекратить выполнение (нужное подчеркнуть)
 следующего медицинского вмешательства: _____

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____
 (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), а именно: _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне _____, разъяснено, что при возникновении
 (подпись пациента)

необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

Настоящий отказ дан мной _____
 (дата)

Подпись пациента: _____ / _____ /
 (фамилия, имя, отчество)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное добровольное согласие
на применение лекарственного препарата вне инструкции (off-label)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя)

_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента/законного представителя)

_____ (адрес регистрации пациента либо законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента/законного представителя)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

действующий на основании (при подписании согласия законным представителем):

_____ (наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГС; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

находящийся на лечении в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства», даю информированное добровольное согласие на применение лекарственного(ых) препарата(ов) _____

_____ (название, доза, кратность, путь введения, длительность терапии)*

Медицинским работником (ФИО, должность) _____ в доступной для меня форме я проинформирован(а) о назначаемом мне (пациенту, законным представителем которого являюсь) препарате (ах), а также получил (а) подробную информацию о нижеследующем:

- о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати;

- ранее назначенная мне (пациенту, законным представителем которого являюсь) терапия не была в достаточной мере эффективной;

- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме;
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакции и следующих побочных эффектов: _____;

- имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня (пациента, законным представителем которого являюсь) может быть достигнут лечебный эффект.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата (ов), я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении мне (пациенту, законным представителем которого являюсь). Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Я имела возможность ознакомиться с решением врачебной комиссии (консилиума) о целесообразности проведения мне (пациенту, законным представителем которого являюсь) терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Мне разъяснено также мое право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или его законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

дата оформления: _____ 20__ г.

* При возобновлении курса терапии офф-лэйбл, если она была завершена/отменена, либо изменена доза, кратность и путь введения лекарственного препарата требуется оформление нового согласия.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2012 № 300

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»
Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20;

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

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 или лица, признанного недееспособным: _____ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____

действующий на основании: _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): _____
(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

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

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях _____
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом: _____
(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

" ____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись)
(Должность, И.О.Фамилия)



УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2022 № 300

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»
Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20;
ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

Информированное добровольное согласие на оперативное 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 или лица, признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____

действующий на основании: _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- 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, в т.ч. 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, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на _____

" ____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Врач _____

(Должность, И.О.Фамилия)

(подпись)



УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
 подростков ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное добровольное согласие
 на переливание крови и (или) ее компонентов**

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
 (дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
 (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ года рождения, проживающего по адресу: _____
 (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

действующий на основании (при подписании согласия законным представителем):

_____ (наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей - свидетельство о рождении; для усыновителей - свидетельство об усыновлении органа ЗАГС; для опекунов или попечителей - акт органа опеки и попечительства)

даю информированное добровольное согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»
 (полное наименование медицинской организации)

медицинским работником _____
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы переливания донорской крови (и) или ее компонентов, риски наступления неблагоприятных последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведенного переливания. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от переливания донорской крови и (или) ее компонентов.

Пациент/ законный представитель согласился с предложенным планом лечения, в чём расписался собственноручно

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " _____ 20__ г.
 (дата оформления)

УТВЕРЖДЕН
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**
Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Отказ от переливания крови и препаратов крови
и освобождение от ответственности**

В связи с моими личными или религиозными убеждениями, я требую, чтобы во время госпитализации у меня (моего предоставляемого) не применялись ни кровь, ни препараты крови, даже если по мнению моего лечащего врача или его помощников такое лечение будет необходимо, чтобы сохранить мою жизнь (моего предоставляемого) или способствовать моему (его) выздоровлению.

Поэтому я снимаю всякую ответственность с _____ (лечащий врач), его сотрудников, помощников, консультантов, отделения заготовки и переливания крови, медицинской организации (Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства») и ее персонала, какие бы неблагоприятные и нежелательные следствия и результаты не возникли бы из-за моего отказа разрешить применение крови или препаратов крови.

Я полностью понимаю возможные следствия такого отказа, исходящего от меня.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Пациент/законный представитель пациента расписался в моем присутствии.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " _____ 20__ г.
(дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков
 ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО
 ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
 В ТОМ ЧИСЛЕ МАНИПУЛЯЦИЮ, ПРОЦЕДУРУ, ИССЛЕДОВАНИЕ**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом,
 удостоверяющим личность)
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства пациента)
 паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
 иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____

Данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших
 возраста 15-ти лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства пациента)
 паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
 иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
 являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, иное) _____
 пациента (ФИО, дата рождения) _____
 действующий на основании: _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей- свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующего вида медицинского вмешательства – **колоноскопию в условиях седации, взятие биопсии при проведении исследования** (нужное подчеркнуть), выполняемую в условиях Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства».

Колоноскопия (КС)- эндоскопическое обследование толстой кишки при помощи гибкого эндоскопа, вводимого через прямую кишку. Обследование позволяет визуально определить патологию всех отделов толстой кишки, включая начальные отделы подвздошной кишки, провести биопсию пораженной ткани (при необходимости), оценить эффективность лечения. КС проводится после предварительной очистки кишечника.

Показания к КС: КС назначают, в случае необходимости детального изучения слизистой оболочки толстой кишки, для диагностики воспалительных заболеваний кишечника, при подозрении на опухоли или кровотечения. КС может быть диагностической или лечебной, а по срочности ее выполнения— экстренной или плановой.

Плановая диагностическая КС проводится тогда, когда по характеру жалоб (боль, нарушения пищеварения и др.) имеются основания думать о заболевании кишечника (полипы, неспецифический язвенный колит (НЯК), болезнь Крона, рак и др.). **КС** показана и при отсутствии каких-либо характерных субъективных жалоб, если имеющиеся симптомы (например, немотивированное похудание, анемия и др.) не

позволяют исключить заболевание кишечника. Регулярное проведение диагностической КС необходимо у пациентов, имеющих повышенный риск развития рака кишечника (диффузный аденоматозный полипоз, НЯК, болезнь Крона и др.). **Экстренная КС** чаще всего проводится для установки источника желудочно-кишечного кровотечения. **Абсолютные противопоказания для КС:** выраженное сужение толстой кишки, препятствующее прохождению аппарата, терминальные состояния и кома.

Относительные противопоказания для КС: острый дивертикулит, заболевания, протекающие с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, гемофилия, психические нарушения.

Осложнения при КС встречаются сравнительно редко. Наиболее серьезные из них - травматические повреждения стенки кишечника (вплоть до перфорации). Они чаще всего связаны с изменением стенок кишечника (например, опухоль на фоне предперфоративного состояния при глубоких эрозиях и язвах кишечника). Могут возникнуть кровотечения (после удаления полипов, биопсии), нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы; у некоторых больных отмечается интоксикация, из-за непереносимости или передозировки анестетиков, может наблюдаться также кратковременный подъем температуры до субфебрильных цифр через 2 часа после КС, что связано с проникновением в кровяное русло аэробных бактерий кишечника при расправлении складок воздухом в процессе обследования, крайне редко — анафилактический шок. Соблюдение мер предосторожности при введении эндоскопа, учет показаний и противопоказаний, правильная подготовка больных позволяют избежать осложнений и делают проведение КС вполне безопасным.

Возможный дискомфорт: процедура обычно хорошо переносится. Возникающее у некоторых пациентов неприятное ощущение тяжести и повышенного скопления газов в животе обычно проходит через сутки.

Седация – это специальное анестезиологическое пособие, применяемое при колоноскопии и направленное на обеспечение комфорта и безопасности для пациента и создание оптимальных условий работы врача-эндоскописта. Понятие комфортности при седации подразумевает отсутствие боли, чувства страха и напряженности во время процедуры.

Я понимаю, что возникновение возможных перечисленных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно проведенного исследования, поскольку проведение КС является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и понятные мне по содержанию разъяснения и рекомендации. Я информирован(а): о предстоящем вмешательстве; показаниях к нему; связанном с вмешательством риске; о методе обезболивания. Кроме того, мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом и недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства. Я признаю право врача прервать исследование в случае, если в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом, я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от эндоскопического вмешательства оформляется соответствующий документ. В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствии с полученными дополнительными данными.

Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных (в т.ч. ВИЧ, гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности.

Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Подпись пациента или законного
представителя:

Подпись врача: _____

ФИО _____

ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков
 ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО
 ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
 В ТОМ ЧИСЛЕ МАНИПУЛЯЦИЮ, ПРОЦЕДУРУ, ИССЛЕДОВАНИЕ**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом,
 удостоверяющим личность)
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
 (адрес места жительства пациента)
 паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
 иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____

Данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших
 возраста 15-ти лет, или недееспособных граждан

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
 (адрес места жительства пациента)
 паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
 иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
 являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, иное) _____
 пациента (ФИО, дата рождения) _____
 действующий на основании: _____
 (наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей- свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей – акт органа опеки и попечительства)

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующего вида медицинского вмешательства – **эзофагогастродуоденоскопию, с применением седации, взятие биопсии при проведении исследования** (нужное подчеркнуть), выполняемую в условиях Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) - эндоскопическое обследование пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки при помощи специального прибора – эндоскопа, гибкий зонд которого вводится в желудок через рот и пищевод. Обследование позволяет визуально определить патологию указанных органов, провести биопсию пораженной ткани, оценить эффективность лечения. ЭГДС проводится строго натощак: полностью исключается прием пищи за 8-10 часов до обследования. Перед проведением ЭГДС пациенту может быть проведена премедикация (сделан успокаивающий укол), а так же местная анестезия корня языка при помощи распылителя с анестетиком.

Показания к ЭГДС: ЭГДС назначают, в случае необходимости детального изучения слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-типерстной кишки, для диагностики воспалительных заболеваний этих органов, язвенной болезни, при подозрении на опухоли или кровотечения из этих органов. ЭГДС может быть диагностической или лечебной, а по срочности ее выполнения – экстренной или плановой.

Абсолютные противопоказания для ЭГДС: выраженное сужение пищевода, препятствующее прохождению аппарата, химические ожоги пищевода и желудка в остром периоде (8-10 дней), терминальные состояния и кома.

Относительные противопоказания для ЭГДС: резко выраженный кифосколиоз и тяжелый остеохондроз позвоночника, большой зуб, дивертикул Ценкера, варикозное расширение вен пищевода, заболевания, протекающие с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, острые воспалительные заболевания глотки, миндалин, гортани, гемофилия, психические нарушения.

Осложнения при ЭГДС встречаются сравнительно редко. Наиболее серьезные из них - травматические повреждения глотки, пищевода и желудка (вплоть до перфорации). Они чаще всего связаны с изменением стенок пищевода и желудка (например, опухоль кардиального отдела желудка на фоне предперфоративного состояния при язвенной болезни). Могут возникнуть кровотечения (после удаления полипов, биопсии), нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, пневмония, связанная с попаданием в дыхательные пути желудочного содержимого; у некоторых больных отмечается интоксикация, из-за непереносимости или передозировки анестетиков и проявляющаяся обычно отеком зева и носоглотки, крайне редко — анафилактическим шоком. Соблюдение мер предосторожности при введении эндоскопа, учет показаний и противопоказаний, правильная подготовка больных позволяют избежать осложнений и делают проведение ЭГДС вполне безопасным.

Возможный дискомфорт: процедура обычно хорошо переносится. Возникающее у некоторых пациентов неприятное ощущение першения в горле обычно проходит через сутки. Могут возникнуть неприятные ощущения, связанные с глотанием, в связи с введением эндоскопа и анестезией. После исследования восстановление акта глотания происходит в течение 30-40 минут.

Я понимаю, что возникновение возможных перечисленных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно проведенного исследования, поскольку проведение эзофагогастродуоденоскопии является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и понятные мне по содержанию разъяснения и рекомендации. Я информирован(а): о предстоящем вмешательстве; показаниях к нему; связанном с вмешательством риске; о методе обезболивания.

Кроме того, мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом и недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства. Я признаю право врача прервать исследование в случае, если в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом, я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от эндоскопического вмешательства оформляется соответствующий документ. В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствии с полученными дополнительными данными.

Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных (в т.ч. ВИЧ, гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности.

Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Подпись пациента или законного
представителя:

Подпись врача: _____

ФИО _____

ФИО _____

Дата « ____ » _____ 20 г.

Дата « ____ » _____ 20 г.

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков
 ФМБА России»
 от 09.11.2022 № 300

Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»
 Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО
 ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
 В ТОМ ЧИСЛЕ МАНИПУЛЯЦИЮ, ПРОЦЕДУРУ, ИССЛЕДОВАНИЕ**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом,
 удостоверяющим личность)
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
 (адрес места жительства пациента)
 паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

Данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста
 15-ти лет, или недееспособных граждан

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
 (адрес места жительства пациента)
 паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
 иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
 являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, иное) _____
 пациента (ФИО, дата рождения) _____
 действующий на основании: _____
 (наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей- свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующего вида медицинского вмешательства - **проведение магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии или проведение магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии с внутривенным контрастированием, в том числе с применением анестезиологического пособия** (нужное подчеркнуть), выполняемую в условиях Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства».

Медицинским работником _____
 (ФИО медицинского работника, должность) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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) _____

Я информирован(а) о проведении исследования с внутривенным введением гадолиний содержащего контрастного вещества и даю свое согласие на его введение. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастного вещества (инъекция любого препарата таит в себе определенный риск, связанный с повреждением нерва, артерии или вены, с возникновением инфекционных осложнений или побочной реакции на введение контрастного препарата, которые редки, чаще всего проявляются в виде тошноты, рвоты, высыпаний на коже, жара; крайне редко могут возникнуть более серьезные реакции на контрастный препарат, степень их выраженности различна, особенно опасен анафилактический шок и индивидуальная непереносимость конкретного рентгенконтрастного вещества, летальный исход на введение контрастного вещества по данным мировой практики составляет 1: 175000).

Я осознаю наличие анестезиологического риска во время проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) / компьютерной томографии (КТ), согласен(на) на то, что ход анестезиологического пособия может быть изменен врачами по их усмотрению. Я целиком и полностью доверяю врачам в тактике лечения возможных осложнений, связанных с проведением МРТ/КТ, введением контрастного препарата и оказанием анестезиологического пособия (при планировании проведения анестезиологического пособия при МРТ/КТ исследовании).

Я подтверждаю, что сообщил(а) достоверную информацию, связанную со здоровьем, физическим и психическим состоянием (моего ребенка), а также перенесенными ранее заболеваниями и аллергическими реакциями.

Я даю свое согласие на передачу, обработку и хранение своих личных данных или личных данных гражданина, чьим законным представителем или опекуном я являюсь, в Едином радиологическом информационном сервисе (ЕРИС) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, информация и используемая медицинская терминология мне понятны, и я осознанно даю добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ)/компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ)/ компьютерной томографии (КТ) с внутривенным контрастным усилением/ и анестезиологическое пособие (нужное подчеркнуть).

_____ (подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (ФИО врача-рентгенолога)

" ____ " _____ г. (дата оформления)

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ (МРТ исследование)

Во время проведения МРТ исследования пациент находится в зоне действия сильного магнитного поля. Ряд заболеваний, наличие в теле или одежде медицинских устройств и предметов могут оказать влияние на достоверность постановки диагноза, а также могут явиться противопоказанием для проведения исследования.

Для обеспечения Вашей безопасности и безопасности Вашего ребенка необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для данного исследования.

Необходимо внимательно прочитать и заполнить анкету, поставив отметку в соответствующей графе.

№ п/п	Перед началом исследования сообщите следующие сведения о себе (заполняется пациентом)	ДА	НЕТ
1	Имеются ли у Вас искусственные водители ритма (кардиостимулятор)?		
2	Имеются ли у Вас искусственные суставы, стенты, скобки, клипсы сосудистых аневризм, сосудистые фильтры, имплантированный сердечный дефибриллятор, нейростимулятор, инсулиновый насос, слуховой аппарат, эндопротезы, протез орбиты, глазного яблока, металлические брекетки и любые другие металлические предметы медицинского назначения, находящиеся внутри Вашего тела?		
3	Выполнялись ли ранее Вам операции на головном мозге, сердце или других органах?		
4	Имеются ли у Вас в теле немедицинские металлические объекты (осколки, стружки)?		
5	Имеется ли у Вас на теле пирсинг?		
6	Не страдаете ли Вы эпилепсией, судорожными припадками, были ли случаи потери сознания?		
7	Выполнялись ли Вам ранее исследования МРТ?		
8	Была ли у Вас когда-либо аллергическая реакция на введение контрастных препаратов, применяемых при МРТ или КТ?		
9	Не страдаете ли Вы клаустрофобией (боязнь замкнутого пространства)?		
10*	Наличие в анамнезе болезней почек?		
11*	Наличие в анамнезе операций па почках?		
12*	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина:		

Особое внимание уделите пунктам 1 и 2.

* ответ на вопрос необходим ТОЛЬКО для проведения исследования с контрастным усилением

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков
 ФМБА России»
 от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
 Федерального медико-биологического агентства»**
 Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
 (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
 ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
(указывается адрес места жительства пациента)

паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
(далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем
 пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя)
 проживающий по адресу: _____
(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, иное) _____
 пациента (ФИО, дата рождения) _____
 действующий на основании: _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей- свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей– акт органа опеки и попечительства)

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства (далее – Согласие): **на выполнение экскреторной урографии.**

Для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях **Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»**

№ п/п	Перед началом исследования сообщите следующие сведения о себе (заполняется пациентом)	ДА	НЕТ
1	Были ли у вас ранее исследования с внутривенным контрастированием?		
2	Были ли у вас аллергические реакции при использовании контрастных веществ (рвота, крапивница, отёк Квинке, бронхоспазм, брадикардия, шок, остановка дыхания или сердечной деятельности, судороги)?		
3	Любая аллергия или аллергическая реакция, бронхиальная астма?		

4	Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?		
5	Сердечная недостаточность, артериальная гипертония?		
6	Наличие в анамнезе болезней почек?		
7	Наличие в анамнезе операций на почках?		
8	Не страдаете ли Вы эпилепсией, судорожными припадками, были ли случаи потери сознания?		
9	Ранее проведенные оперативные вмешательства?		
10	Принимаете ли Вы какие-либо из перечисленных препаратов: метформин для лечения сахарного диабета, нестероидные противовоспалительные препараты, аминогликозиды, бета-блокаторы, диуретики?		
11	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина: Величина _____ Дата _____		

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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).

Я информирован(а) о проведении исследования с внутривенным введением йодсодержащего рентгенконтрастного вещества и даю свое согласие на его введение. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастного вещества (инъекция любого препарата таит в себе определенный риск, связанный с повреждением нерва, артерии или вены, с возникновением инфекционных осложнений или побочной реакции на введение контрастного препарата, которые редки, чаще всего проявляются в виде тошноты, рвоты, высыпаний на коже, жара; крайне редко могут возникнуть более серьезные реакции на контрастный препарат, степень их выраженности различна, особенно опасен анафилактический шок и индивидуальная непереносимость конкретного рентгенконтрастного вещества, летальный исход на введение контрастного вещества по данным мировой практики составляет 1: 175000).

Я подтверждаю, что сообщил(а) достоверную информацию, связанную со здоровьем, физическим и психическим состоянием (моего ребенка), а также перенесенными ранее заболеваниями и аллергическими реакциями.

Я даю свое согласие на передачу, обработку и хранение своих личных данных или личных данных гражданина, чьим законным представителем или опекуном я являюсь, в Едином радиологическом информационном сервисе (ЕРИС) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, информация и используемая медицинская терминология мне понятны, и я осознанно даю добровольное согласие на проведение экскреторной урографии.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. врача-рентгенолога)

" ____ " _____ г.

(дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2022 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование
члена спортивной сборной команды Российской Федерации**

(название спортивной команды, название федерации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)
_____ года рождения, ознакомлен(а) с ИДС и понимаю его смысл _____
(подпись)

Проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____,
_____ дата выдачи _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента:

(Ф.И.О. и год рождения пациента, в интересах которого дается согласие)

действующий на основании: _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», приказа Минздрава РФ ФМБА России от 05.12.2014 №350 «Об утверждении инструкции по организации проведения в медицинских организациях ФМБА России углубленного медицинского обследования спортсменов сборных команд России»: Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения в соответствии с планом УМО о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в следующих объемах, предусмотренных Приказом Минздрава России от 23.10.2020 № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятиях»:

- антропометрия;
- лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулологический, серологический анализ крови (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепанемы), группа крови, резус-фактор; клинический анализ мочи; забор биоматериала: эпителиальный соскоб уретры/цервикального канала;
- инструментальные неинвазивные методы диагностики: электрокардиография, эхокардиография, стресс-эхокардиография, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование артериального давления, компьютерная спирография, нагрузочное тестирование, рентгенологические, ультразвуковые исследования, магнитно-резонансная и компьютерная томография; электронейромиография, реовазография;
- осмотры профильными специалистами (врач по спортивной медицине, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, кардиолог, медицинский психолог, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, стоматолог, педиатр (по возрасту), травматолог-ортопед, хирург, уролог, эндокринолог (по медицинским показаниям);
- исследование психоэмоционального статуса;
- скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы);
- оценка наследственных факторов риска с помощью опросников;
- генетические исследования
- Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на обследование в предложенном объеме.

Мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другую информацию, полученную в результате данного медицинского обследования, необходимую для корректировки моего тренировочного процесса и составления индивидуальной программы моей спортивной подготовки, РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ, без последующего запроса на использование и уведомление сторон:

- тренерскому составу и руководству моей спортивной федерации;
- ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России;
- Управлению спортивной медицины и цифровизации ФМБА России;
- ФГБУ «ЦСП СКР» Минспорта России.

Дополнительно информирую, что я: СОГЛАСЕН(А) / НЕ СОГЛАСЕН(А) (нужное указать) на передачу моих персональных данных, информации о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другой информации, полученной в результате данного медицинского обследования, в спортивные клубы или иные физкультурно-спортивные организации по командным видам спорта, с которыми у меня заключен трудовой договор.

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о диагнозе представляемого, степени тяжести и характере заболевания представляемого, результатах исследований, в том числе после смерти:

Членам семьи: _____

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Законный пациент/представитель пациента расписался в моем присутствии.

Подпись пациента/представителя пациента: _____ / _____

(фамилия, инициалы)

Врач _____ / _____

(должность)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

Информированное добровольное согласие на проведение тилт-теста

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

_____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____,

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

Я, паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____,

_____ дата выдачи _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента:

(Ф.И.О. и год рождения пациента, в интересах которого дается согласие)

действующий на основании: _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно соглашаюсь на проведение мне (моему ребенку) в условиях Центра синкопальных состояний и сердечных аритмий у детей и подростков Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»:
пассивной ортостатической пробы с поворотным столом (тилт-тест).

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Я информирована, что данный тест позволит индуцировать в условиях стационара под наблюдением специалистов предобморочное или обморочное состояние у ребенка, сходное с таковым, которое у него возникало ранее. Полученная информация позволит уточнить диагноз, оценить состояние здоровья моего ребенка и назначить необходимое лечение и дать рекомендации по двигательному режиму. Проведение теста фиксируется на видеокамеру, полученная информация может быть использована для анализа результатов исследования и/или анонимно в образовательных целях.

Я проинформирован(на), что исследование будет проводиться на специальном столе, будут записаны исходные данные, затем стол постепенно поднимается вертикально, далее ребенок находится в вертикальном положении 40 минут или до появления симптомов слабости, головокружения, развития предобморочного или обморочное состояния. Мне сообщено, что во время нагрузки может понизиться артериальное давление, развиться головокружение, появиться нарушение ритма сердца или временные (обратимые) отрицательные изменения электрокардиограммы. Несмотря на это, мне сообщено, что в процессе проведения данной пробы ни в нашей стране, ни за рубежом жизнеугрожающих аритмий или случаев смерти зарегистрировано не было.

Я предупрежден(на), что перед тем, как я (мой ребенок) будет подвергнут тестированию, будет выполнен предварительный осмотр врачом для определения показаний и противопоказаний к выполнению пробы.

Я проинформирован(на) о том, что исследование будет проводиться с помощью специальной аппаратуры квалифицированным медицинским персоналом, располагающим необходимыми средствами контроля за работой сердечно-сосудистой системы, владеющими знаниями по эффективной профилактике возможных осложнений, и при необходимости, оказания первой помощи.

Принимая во внимание, что Центр является научно-клиническим учреждением и является клинической базой для обучающихся студентов медицинских специальностей (врачей-ординаторов, медицинских сестёр), я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания медицинской помощи мне (моему ребенку), совместно с врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, медицинские сестры, обучающиеся по программам среднего специального и высшего профессионального образования.

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

Я прочитал(ла) и понял(ла) все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы.

Я даю согласие на проведение теста и не возражаю против использования полученной информации в случаях необходимости в статистических, научных и педагогических целях.

В случае необходимости, разрешаю предоставлять информацию о диагнозе представляемого, степени тяжести и характере заболевания представляемого, результатах исследований, в том числе после смерти:

Членам семьи: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____
(дата)

Контактный телефон: _____
Электронный адрес: _____

Подпись пациента/представителя пациента: _____ / _____
(фамилия, инициалы)

Врач _____ / _____ / _____
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2022 № 300

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

Информированное добровольное согласие на проведение
чреспищеводного электрофизиологического исследования

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

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

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

Я, паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____,
дата выдачи _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента:

(Ф.И.О. и год рождения пациента, в интересах которого дается согласие)

действующий на основании: _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей- свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно соглашаюсь на проведение мне (моему ребенку) в условиях Центра синкопальных состояний и сердечных аритмий у детей и подростков Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»:
чреспищеводного электрофизиологического исследования

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Данный тест позволит в условиях стационара под наблюдением специалистов оценить функциональную способность проводящей системы сердца, выявить патологические пути и нарушение ритма. Полученная информация позволит уточнить диагноз, оценить состояние здоровья моего ребёнка и назначить необходимое лечение и дать рекомендации.

Я проинформирован(а), что исследование будет проводиться лежа на кушетке, вводиться электрод через рот или нос, проводится электрическая стимуляция сердца.

Я предупрежден(а), что перед тем, как я (мой ребенок) будет подвергнут тестированию, будет выполнен предварительный осмотр врачом для определения показаний и противопоказаний к выполнению исследования.

Я проинформирован(а) о том, что исследование будет проводиться с помощью специальной аппаратуры квалифицированным медицинским персоналом, располагающим необходимыми средствами контроля за работой сердечно-сосудистой системы, владеющими знаниями по эффективной профилактике возможных осложнений, и при необходимости, оказания первой помощи.

Принимая во внимание, что Центр является научно-клиническим учреждением и является клинической базой для обучающихся студентов медицинских специальностей (врачей-ординаторов, медицинских сестёр), я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания медицинской помощи мне (моему ребенку), совместно с врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, медицинские сестры, обучающиеся по программам среднего специального и высшего профессионального образования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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».

Я прочитал(ла) и понял(ла) все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы.

Я даю согласие на проведение теста и не возражаю против использования полученной информации в случаях необходимости в статистических, научных и педагогических целях.

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о диагнозе представляемого, степени тяжести и характере заболевания представляемого, результатах исследований, в том числе после смерти:

Членам семьи: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись пациента/представителя пациента: _____ / _____
(фамилия, инициалы)

Врач _____ / _____ / _____
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2011 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

**Информированное добровольное согласие на проведение
электрокардиографической пробы с дозированной физической нагрузкой**

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

_____ года рождения,

Проживающий(ая) по адресу: _____,

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

Я, паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____,
_____ дата выдачи _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента:

(Ф.И.О. и год рождения пациента, в интересах которого даётся согласие)

действующий на основании:

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно соглашаюсь на проведение мне (моему ребенку) в условиях Центра синкопальных состояний и сердечных аритмий у детей и подростков Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»: **электрокардиографической пробы с дозированной физической нагрузкой**
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Я информирована, что данный тест позволит смоделировать, под наблюдением специалистов, повышенную нагрузку на сердечно-сосудистую систему пациента, сходную с таковой в повседневной жизни (занятия физ. культурой, спортом и др. варианты повышенной физ. активности). Полученная информация позволит уточнить диагноз, оценить моё (моего ребёнка) состояние здоровья, назначить необходимое лечение и дать рекомендации по двигательному режиму.

Я проинформирован(а), что исследование будет проводиться на беговой дорожке (или велоэргометре) с постепенным увеличением нагрузки до достижения частоты ритма-150-170 уд. в 1 мин. или возможного появления усталости, одышки, дискомфорта в груди, а также других симптомов, которые могут стать причиной прекращения пробы. Мне сообщено, что во время нагрузки может повыситься или понизиться артериальное давление, развиться головокружение, появиться нарушение ритма сердца или временные (обратимые) отрицательные изменения электрокардиограммы. В крайне редких случаях возможно развитие жизнеугрожающих состояний. И хотя риск нагрузочной пробы минимален и не превышает 1 случая на 10000 исследований, (в практике МНИИ педиатрии и детской хирургии такие случаи не известны) я осознаю их вероятность.

Я предупрежден(а), что перед тем, как я (мой ребенок) будет подвергнут тестированию, будет выполнен предварительный осмотр врачом для определения показаний и противопоказаний к выполнению пробы.

Я проинформирован(а) о том, что исследование будет проводиться с помощью специальной аппаратуры квалифицированным медицинским персоналом, располагающим необходимыми средствами контроля за работой сердечно-сосудистой системы, владеющими знаниями по эффективной профилактике возможных осложнений, и при необходимости, оказания первой помощи.

Принимая во внимание, что Центр является научно-клиническим учреждением и является клинической базой для обучающихся студентов медицинских специальностей (врачей-ординаторов, медицинских сестёр), я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания медицинской помощи мне (моему ребенку), совместно с врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, медицинские сестры, обучающиеся по программам среднего специального и высшего профессионального образования.

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

Я прочитал(ла) и понял(ла) все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы.

Я даю согласие на проведение теста и не возражаю против использования полученной информации в случаях необходимости в статистических, научных и педагогических целях.

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о диагнозе представляемого, степени тяжести и характере заболевания представляемого, результатах исследований, в том числе после смерти:

Членам семьи: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Подпись пациента/представителя пациента: _____ / _____ / _____
(фамилия, инициалы)

Врач _____ / _____ / _____
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «ФНКЦ детей и
подростков ФМБА России»
от 09.11.2012 № 300

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»**

Юридический адрес: 115409, Россия, г. Москва, ул. Москворечье, д. 20; ОГРН: 1037739486950; ИНН: 7724092464

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

_____ года рождения

Проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт: серии _____ номер _____, кем выдан _____,
_____ дата выдачи _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента:

(Ф.И.О. и год рождения пациента, в интересах которого дается согласие)

действующий на основании: _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы несовершеннолетнего пациента: для родителей-свидетельство о рождении; для усыновителей- свидетельство об усыновлении органа ЗАГСа; для опекунов или попечителей- акт органа опеки и попечительства)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»: я получил(а) полные и всесторонние разъяснения в соответствии с предложенным планом обследования/лечения.

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических (лечебных) исследований (манипуляцию, процедуру):

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

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в т.ч. применяемых при анестезии), контрастных веществ (в т.ч. йодсодержащих), 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.

Принимая во внимание, что Центр является научно-клиническим учреждением и является клинической базой для обучающихся студентов медицинских специальностей (врачей-ординаторов, медицинских сестёр), я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания медицинской помощи мне (моему ребенку), совместно с врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, медицинские сестры, обучающиеся по программам среднего специального и высшего профессионального образования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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».

Я прочитал(ла) и понял(ла) все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы.

Дополнительная информация _____

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

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о диагнозе представляемого, степени тяжести и характере заболевания представляемого, результатах исследований, в том числе после смерти:

Членам семьи: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Иному лицу: _____
(фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____
(дата)

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

Законный пациент/представитель пациента расписался в моем присутствии.

Подпись пациента/представителя пациента: _____ / _____ / _____

(фамилия, инициалы)

Врач _____ / _____ / _____
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)