

**Информированное добровольное согласие на прием (осмотр, консультацию)
врача-педиатра**

Я, _____

_____ (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

_____ г. рождения, зарегистрированная 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

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:
прием (осмотр, консультацию) врача-педиатра**

Медицинским работником _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** выявление имеющихся и потенциальных заболеваний, формирование рекомендаций для дальнейшего обследования, лечения, профилактики заболеваний, консультативная помощь, определение необходимости обследования у других специалистов.

(иное указать) _____.

- **методы оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра в амбулаторно-консультативной поликлинике проводится путем беседы, визуального осмотра, пальпации, измерения роста, веса, сбора анамнеза с оценкой жалоб пациента и его законного представителя.

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра может оказываться в следующих условиях: в специально оборудованном помещении, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям, в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также на дому у пациента.

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра оказывается с применением медицинских изделий: кушетка, термометр медицинский, тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года, сантиметровая лента, ширма, пеленальный стол, весы, электронные весы для детей до года, ростомер, стетофонендоскоп, шпатели.

Мне разъяснено, что качественное выполнение приема (осмотра, консультации) врача-педиатра не требует предварительной подготовки, однако рекомендуется посещать врача после завтрака.

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра проводится методом внешнего осмотра, при необходимости применяются медицинские изделия, указанные выше. В ходе приема врач определяет методы, объем, прогноз лечения, о чем подробно информирует законного представителя пациента. Также законный представитель пациента предупреждается о возможных осложнениях в процессе лечения и после такового. Результаты приема медицинский работник заносит в медицинскую карту.

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра по общему правилу осуществляется без применения анестезии, в исключительных случаях, когда требуется проведение болезненных манипуляций, может быть применена местная анестезия.

(иное указать) _____.

- **связанный с методами риск:**

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра не имеет противопоказаний.

(иное указать) _____.

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра при соблюдении указаний медицинского работника не может повлечь возникновение нежелательных осложнений.

(иное указать) _____.

- **возможные варианты медицинских вмешательств:**

Мне разъяснено, что прием (осмотр, консультация) врача-педиатра производится методом внешнего осмотра, при необходимости применяются медицинские изделия, результаты фиксируются в медицинской документации и доводятся до сведения законного представителя пациента/пациента.

Мне разъяснено, что может потребоваться повторный прием (осмотр, консультация) врача-педиатра по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации врача.

- **предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что результатом приема (осмотра, консультации) врача-педиатра является: выявление имеющихся и потенциальных заболеваний, формирование рекомендаций для дальнейшего обследования,

лечения, профилактики заболеваний, консультативная помощь, определение необходимости обследования у других специалистов.

Мне разъяснено, что после приема (осмотра, консультации) врача-педиатра ребенку необходимо неукоснительное соблюдение рекомендаций врача по результатам приема.

(иное указать) _____.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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) Ф.И.О.: _____

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

(Подпись)

Ф.И.О. пациента/законного представителя

(Подпись)

Медицинский работник

« ____ » _____ 20 ____ года