

СПб ГБУЗ «Детский санаторий «Пионер» (психоневрологический)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

В соответствии со статьей 20 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ Я,

_____ (фамилия, имя, отчество — мать, отец, опекун, попечитель) Год рождения _____

Адрес проживания _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

как законный представитель несовершеннолетнего ребёнка (Ф.И.О. ребенка, дата рождения) _____

согласно моей воле, получил(а) информацию о состоянии здоровья, характере и объёме необходимых диагностических исследований, которые позволят уточнить диагноз, определить ход дальнейшего обследования и лечения. Мне разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ним риски, возможность развития осложнений и побочных эффектов, а также все возможные последствия в развитии заболевания моего ребёнка, в случае отказа от предлагаемого лечения. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся планируемого медицинского обследования и лечения. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости пищевых и лекарственных препаратов, обо всех перенесённых и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка, установленными в санатории, и обязуюсь их соблюдать. В случае развития у моего ребенка тяжелых поведенческих нарушений (агрессия к себе, окружающим, побеги), что будет зафиксировано и установлено комиссией врачей во главе с зав. отделением и доведено до моего сведения, обязуюсь забрать ребенка из санатория. Я прочитал(а) и принял(а) всё вышеизложенное, удовлетворен(а) ответами лечащего врача на мои вопросы, доверяю квалификации медицинского персонала. Я добровольно и осознанно даю своё согласие на: 1. Проведение моему ребёнку санаторно-курортного лечения включающего: лечебную гимнастику, массаж, физиотерапевтическое лечение (электро- и магнитотерапию, теплотечение, водолечение, свето- и лазеротерапию), диетотерапию и климатотерапию, медикаментозное лечение, коррекционные логопедические и психологические занятия, занятия с психотерапевтом по показаниям. 2. Проведение дополнительного обследования при необходимости в кабинете функциональной диагностики, в клинко-диагностической лаборатории, Rg –логического обследования. 3. Проведение консультаций специалистов (врача ЛФК, физиотерапевта, ортопеда, врача ЛОР, окулиста, травматолога, психиатра, психотерапевта, других консультантов санатория, включая осмотры медицинских специалистов в обучающих и научных целях). 4. Направление ребёнка на стационарное лечение в больницы города по экстренным показаниям: проведение неотложных

диагностических и лечебных мероприятий. Своим согласием доверяю лечащему врачу и другим врачам санатория выбор методов обследования и лечения ребёнка.

Я информирован(а) дополнительно о медикаментозной терапии, которая при наличии показаний может быть назначена моему ребёнку лечащим или дежурным врачом:

1. Ноотропы, вазоактивные и комбинированные средства _____

2. Седативные средства и корректоры поведения _____

3. Нейротрофические средства и другие средства, влияющие на нервную систему _____

4. Средства при энурезе _____

5. Витамины и общеукрепляющие средства _____

6. Дегидратирующие средства _____

В случаях показаний при заболевании ребёнка:

7. Антибактериальные и противовоспалительные средства. 8. Противовирусные и иммуностимулирующие средства. 9. Анальгетики, жаропонижающие, другие симптоматические и антигистаминные средства. 10. Местная симптоматическая терапия. 11. Симптоматическая терапия при кашле. 12. Посиндромные средства неотложной терапии. Возможно применение аналогов. Показания к назначению медикаментозной терапии мне разъяснены, возможные риски, связанные с проведением медикаментозной терапии — возникновение аллергической реакции и побочных действий, неизвестных ранее у ребёнка, понятны. По показаниям ребёнку могут назначаться необходимые медикаменты или другие виды лечения, о применении которых законный представитель ребёнка ставится в известность лечащим врачом или другими специалистами. В случае возникновения острого заболевания или патологического состояния, требующего неотложного вмешательства, ребёнку будет назначено лечение в соответствии с медицинскими стандартами. Некоторые препараты могут вводиться в виде инъекций, которые выполняются одноразовыми шприцами.

Я подтверждаю, что мой врач информирован обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребёнка, заявляю об отсутствии (или наличии) известных противопоказаний к пищевым продуктам, лекарственным препаратам, противопоказаний по диете, режиму, физической нагрузке и другим выше описанным методам обследования и лечения. Имеющиеся противопоказания вписать _____

Дополнительная информация _____

Я разрешаю предоставить информацию о диагнозе представляемого мною ребёнка, степени тяжести и характере его заболевания, результатах проведённого обследования, методах и объёме проводимого лечения и его результатах гражданам

_____ (Ф.И.О.
. полностью)

Я разрешаю посещать ребёнка в санатории, забирать на прогулку следующим гражданам (Ф.И.О. полностью, паспортные данные) :

Примечание: При отсутствии законных представителей или невозможности связаться с ними по телефону, и в случаях необходимости проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум, при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача (заместителя главного врача по медицинской части).

Я подтверждаю своей подписью, что вышеизложенная информация мною прочитана, мне понятна. Я даю своё согласие на проведение обследования и лечение в предлагаемом объёме.

Дата _____ Подпись _____

Я возражаю от конкретного вида лечения:

Вписать _____

Дата _____ Подпись _____

Врач: Ф.И.О. _____ Подпись _____