



Ф.И.О. пациента:
Сопровождающий:

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства)

или законный представитель ребенка

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес места жительства)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

представляющий интересы ребенка, *з.р.*, _____

зарегистрирован по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на обследование и лечение моего ребенка в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Врач-психиатр в доступной для меня форме разъяснил(а) мне цели, методы оказания медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (*осмотр психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, логопеда, дефектолога, педиатра, кардиолога, невролога, отоларинголога, офтальмолога, физиотерапевта, врача ЛФК, стоматолога, генетика, дерматовенеролога, фтизиатра, эндокринолога, гастроэнтеролога, хирурга; лабораторная диагностика - общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ мочи, исследование на коронавирус (анализ крови на определение антител IgM и IgG к коронавирусу Anti-SARS-CoV-2 методом ИФА; мазок из рото- и носоглотки на определение РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР), другие лабораторные исследования, забор биоматериала для лабораторных исследований; ЭКГ, УЗИ органов и систем, ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг; назначение медикаментозного лечения; применение немедикаментозных методов лечения - физиотерапия, ЛФК, массаж, психологическая коррекция, психотерапия; другие мероприятия, предусмотренные общим планом обследования и лечения*), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Также даю информированное добровольное согласие на использование данных, полученных в ходе обследования и лечения, в научных и образовательных целях.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Со мной обсуждены последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Я получил исчерпывающие и понятные мне ответы на все вопросы и имел достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное моему ребенку обследование и лечение.

Дата:

✓ _____ /

Врач-психиатр ГБУЗ «НПЦ
ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ»

_____ /