**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я
(фамилия, имя, отчество — полностью)
           года рождения, проживающий (ая) по адресу:
паспорт: серия, номер
выдан,
являюсь законным представителем                           ребенка (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)
(ФИО, возраст ребенка полностью)
что подтверждаю документом
Я поставлен (поставлена) в известность, что представляемый  мной несовершеннолетний  (далее – ребенок) (полностью ФИО, возраст  ребенка)
госпитализирован (госпитализирована) в отделение
(указать название или профиль отделения)
— Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания представляемого мной ребенка;
— Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;
— Добровольно даю свое согласие на проведение представляемому мной ребенку, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
— Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать представляемому мной ребенку во время их проведения;
— Я извещен (извещена) о том, что представляемому мной ребенку 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 (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка;
— Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого мной ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка  во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
— Я                         согласен (согласна) на осмотр ребенка другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
— 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 ребенка в предложенном объеме;
— Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе представляемого мной ребенка, степени тяжести и характере его заболевания следующим родственникам, законным представителям, гражданам:

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка, следующим гражданам:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись законного представителя пациента

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