**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА  
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

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 добровольно даю свое согласие на проведение представляемому мной ребенку, находящемуся на лечении в                отделении, палата №  
*следующего вида обезболивания, возможности изменения анестезиологической тактики:*  
  
*(название)*   
— Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах ребенка, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенныхребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка 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  ребенку 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 может быть изменена 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 представляемому мной ребенку.

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 законного   
представителя пациента

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