Приложение 5 к приказу от 10.06.2021г. №115

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**Данный раздел бланка заполняется законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного пациента.**

|  |
| --- |
| Я,  (Ф.И.О. полностью)  зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  иной документ, удостоверяющий личность гражданина : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать нужное)  пациента (ребенка младше 15 лет, недееспособного гражданина):  (указать нужное) |
|
| (Ф.И.О. пациента полностью, год рождения) |
| (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента) |

# Данный раздел заполняется пациентом старше 15 лет

|  |
| --- |
| Я, , года рождения, |
| (Ф.И.О. полностью) зарегистрированный(ая) по адресу:  паспорт: выдан:  иной документ, удостоверяющий личность гражданина : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011 г., находясь на лечении в лечебно-профилактическом учреждении: РДКБ - филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

(полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

даю добровольное согласие на проведение мне/пациенту, законным представителем которого я являюсь, анестезиологического пособия:

(указать вид анестезиологического пособия)

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моим/пациента, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, бытовой химии, пыльцы цветов, о принимаемых лекарственных препаратах, об употреблении алкоголя и наркотических средств, обо всех перенесенных мной/пациентом законным представителем которого я являюсь, известных травмах, оперативных вмешательствах, пересенных и имеющихся хронических, наследственных заболеваниях, полученных ранее анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня/пациента, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что мне/ пациенту, законным представителем которого я являюсь, предстоит делать во время его проведения.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, возможностью неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен(на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению.

|  |  |
| --- | --- |
| подпись пациента | (Ф.И.О. пациента полностью) |
| (подпись законного представителя пациента) | (Ф.И.О. законного представителя пациента полностью) |

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне понятны, мною поняты. Я добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

(подпись врача) (Ф.И.О. врача полностью, должность)

(дата оформления)