

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТОЙ ОЛЬГИ»**

«СОГЛАСОВАНО»

Председатель профсоюзного комитета
Санкт-Петербургского государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Детская городская больница Святой Ольги»

23.08.2023



Л.Б.Бессонова

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач
Санкт-Петербургского государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Детская городская больница Святой Ольги»

23.08.2023



Т.А.Начинкина

**Добровольное информированное согласие
(Шаблон 1)**

Номер истории _____

Дата _____

Фамилия пациента _____

Наименование медицинской организации _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница Святой Ольги», участвующая в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязана:

- предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;
- проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Добровольное информированное согласие

Я, _____

(фамилия, имя, отчество Законного представителя пациента)

Доверяю медицинскому персоналу СПб ГБУЗ «ДГБ Св. Ольги» проводить лечебные и диагностические процедуры моему ребенку:

(фамилия, имя, отчество пациента)

Я информирован(а) о необходимости сообщить врачу все известные мне данные об особенностях физического развития и здоровья моего ребенка (перенесенные заболевания, аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты, о диспансерном наблюдении моего ребенка врачами-специалистами).

Я информирован(а) о своем праве, получать информацию о состоянии здоровья своего ребенка, о планируемых лечебных и диагностических манипуляциях, технике их проведения, ожидаемых результатах, а также возможных последствиях.

Мне известно, что во время лечения могут быть выявлены особые формы заболевания или другие заболевания, которые могут потребовать изменения терапии и дополнительных методов обследования и лечения.

Я знаю о своем праве отказаться от госпитализации или от проведения определенных манипуляций или оперативных вмешательств. В таком случае я возьму ответственность за состояние здоровья моего ребенка на себя (при условии, что меня подробно проинформируют о возможных нежелательных последствиях, которые могут развиваться в результате моего отказа).

Я информирован(а) о праве медицинского учреждения проводить мероприятия по спасению жизни моего ребенка без предварительного согласия.

_____ (подпись законного представителя пациента)

_____ (фамилия, имя, отчество полностью)

_____ (дата)

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и обработки персональных данных пациента

(ШАБЛОН 2)

Номер истории _____

Дата _____

Фамилия пациента _____

Наименование медицинской организации _____

Поступает в стационар: (нужное подчеркнуть)

1. В сопровождении законного представителя;
2. Без сопровождения законного представителя.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница Святой Ольги» медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(фамилия, имя, отчество законного представителя пациента)

(мобильный телефон)

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. "О персональных данных" подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ ДГБ Св.Ольги персональных данных. Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

На основании ст. 77 гл. 9 Федерального Закона № 323 - ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и ст. 82 Федерального закона № 273 – ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации», к процессу оказания медицинской помощи ребенку, проведению лечебно-диагностических и иных манипуляций допускаются учащиеся высших и средних медицинских заведений, в

том числе врачи – клинические ординаторы, под контролем руководителей учебного процесса(куратора) и медицинского персонала больницы. Родители и иные законные представители ребенка, вправе отказаться от участия обучающихся в оказании медицинской помощи ребенку, Согласен/ Не согласен(отказываюсь) (не нужное зачеркнуть)

(фамилия, имя, отчество пациента)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество врача)

(подпись)

Консилиум

В связи с отсутствием законного представителя пациента, на основании ч. 4 статьи 48, ч. 9, 10 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 консилиум врачей принял решение о необходимости медицинских вмешательств, включенных в перечни первичной и специализированной медико-санитарной помощи.

Врач _____

Врач _____

Врач _____

Дата _____

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства
(ШАБЛОН 3)**

СПб ГБУЗ ДГБ Св. Ольги

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью - законным представителем пациента, в дальнейшем Представитель)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт _____, выдан: _____ когда выдан _____ являюсь законным представителем (Представителем) (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (в дальнейшем - пациент) _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в отделении:

_____ (название отделения)

Добровольно даю свое согласие на проведение пациенту:

_____ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я (Представитель) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем пациента, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств пациента.

- Я (Представитель) информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит делать во время его проведения.

- Я (Представитель) 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 проведения анестезиологического пособия пациенту 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 (Представитель) 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 пациенту.

О последствиях _____

_____ (возможных осложнений при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом - реаниматором:

_____ (Ф.И.О. врача анестезиолога-реаниматора)

« » _____ 20 года

Подпись пациента/законного представителя _____

Врач _____

Дата _____

_____ (должность, Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(ШАБЛОН 4)
СПб ГБУЗ ДГБ Св. Ольги**

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью - законным представителем ребенка, в дальнейшем Представитель)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:	
Я, _____	паспорт _____
выдан: _____	когда _____
являюсь законным представителем (Представителем) (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (в дальнейшем - пациент)	
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)	

поставлен (поставлена) в известность, что я (Представитель) госпитализирую ребенка в отделение _____

(указать название или профиль отделения)

- Мне согласно даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания (здоровья ребенка или лица, признанного недееспособным).

- Я (Представитель) 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, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеми, 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 (Представитель) информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит пациенту делать во время их проведения.

- Я (Представитель) извещен (извещена) о том, что пациенту необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не прописанных лекарств лечащим врачом.

- Я (Представитель) предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ пациента 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.

- Я (Представитель) поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных известных мне (Представителю) травмах, операциях, заболеваниях пациента, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я (Представитель) сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств пациентом.

- Я (Представитель) согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками, врачами – ординаторами, врачами - интернами и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я (Представитель) даю право врачам делать фотографии и использовать их в научных, образовательных и демонстрационно-информационных целях, без указания персональных сведений и упоминания моей фамилии, а также даю согласие на присутствие врачей-ординаторов, интернов и слушателей во время клинического осмотра и оперативного вмешательства.

- Я (Представитель) 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 в предложенном объеме.

- Я (Представитель) согласен на проведение оперативного вмешательства:

под общим/местным (подчеркнуть) обезболиванием, оперативное вмешательство имеет высокий процент клинического успеха, но является вмешательством в организм пациента, и, как любое медицинское вмешательство, не может иметь стопроцентной гарантии на успешный результат, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов лечения. Также предупрежден о возможных осложнениях во время проведения оперативного вмешательства и ближайшем послеоперационном периоде, вплоть до летального исхода.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания ребенка или лица, признанного недееспособным родственникам, законным представителям:

Представитель (Ф.И.О.) _____ (подпись)

(дата)

Врач _____

(Ф.И.О.)

(подпись)