



ООО Лечебно-диагностический центр «Медицина» МО. г. Наро-Фоминск, Шибанкова 3. 8(496)344-12-03 www ldc-medicina.ru

**Информированное добровольное согласие
на лечение в условиях процедурного кабинета несовершеннолетнего пациента,
требующего внутривенное, внутримышечное, подкожное, внутрикожное, струйное,
капельное введение лекарственных препаратов.**

Я, _____, пол _____,
дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Адрес: _____

_____, являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента (родитель, опекун, попечитель, усыновитель), действующий в интересах несовершеннолетнего Пациента (ФИО) _____

Пол _____; Дата рождения _____;

Адрес _____;

Документ, подтверждающий официальное представление интересов несовершеннолетнего пациента _____

Информирован, что в ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА» Пациенту, интересы которого я представляю, предложен комплекс лечебных мероприятий:

Наблюдение/лечение в условиях процедурного кабинета, в том числе с внутривенным капельным, внутривенным струйным, подкожным, внутрикожным и внутримышечным введением лекарственных средств под контролем лечащего врача, цель которого – достижение максимально эффективного результата лечения Пациента.

Я понимаю, что гарантировать абсолютную эффективность лечения заболевания Пациента, интересы которого я представляю, на современном уровне развития медицины невозможно.

Я понимаю, что с целью достижения максимально положительного эффекта от данного лечения, сотрудники Клиники в условиях процедурного кабинета, будут применять внутривенное, внутримышечное, подкожное, внутрикожное, струйное, капельное введение лекарственных препаратов, строго по назначению лечащего врача, используя лекарственные препараты ЛДЦ «Медицина» или приобретенные Пациентом (его законным представителем)

в розничной аптечной сети по утвержденным стандартам качества в РФ и с предоставлением Клинике соответствующего сертификата качества лекарственного препарата.

Я осознаю, что проведение любого лечебно-диагностического вмешательства связано с риском для здоровья Пациента.

Я проинформирован(а) обо всех возможных побочных эффектах от применяемых фармацевтических препаратов по причине индивидуальных реакций Пациента, не известных законному представителю несовершеннолетнего Пациента и Клинике.

Мне представлены сведения о возможных осложнениях, которые могут развиваться во время или после выполнения медицинских вмешательств.

Я понимаю, что во время лечения в условиях процедурного кабинета могут появиться непредвиденные обстоятельства. В этом случае врачи могут изменить доведенный до моего сведения план по лечению Пациента, интересы которого я представляю. Может потребоваться дополнительное обследование и лечение. Могут измениться сроки лечения.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение мной и Пациентом правил внутреннего распорядка ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА», рекомендованного режима в ходе лечения может негативно отразиться на результатах лечения и состоянии здоровья Пациента в целом.

Настоящее согласие на лечение, действительно в течение всего срока лечения.

Я осознаю, что представленная мною, неполная, ложная информация о наличии или отсутствии у Пациента сопутствующих заболеваний, а также перенесенных ранее болезней, травмах, операциях, аллергических реакциях и других фактах, способна оказать негативное влияние на результаты отдельных медицинских вмешательств и состояние моего здоровья в целом.

От врача, я получил(а) подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения заболевания Пациента, вероятной длительности лечения и прогноза.

Я ознакомлен(а) врачом с планом предполагаемого лечения Пациента, интересы которого я представляю

Мне разъяснены возможные варианты медицинских вмешательств, связанные с ними риски и их последствия.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и задал(а) любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения Пациента. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения.

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное обследование и лечение Пациента, интересы которого я представляю.

Мне понятен смысл назначенного лечения в условиях процедурного кабинета и разъяснены его основные этапы.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

Добровольно даю согласие на лечение несовершеннолетнего Пациента, интересы которого я представляю, в условиях процедурного кабинета, которые могут включать лечение и наблюдение за состоянием с использованием внутривенного, внутримышечного, подкожного, внутрикожного, струйного, капельного введения лекарственных препаратов, строго по назначению лечащего врача, используя лекарственные препараты.

Дополнительная информация:

Дата

Подпись пациента (законного представителя): _____

Клиника: _____

(подпись, должность, ФИО)