

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА С ОБЩИМ  
ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**  
**(отделение новорожденных неонатологического стационара)**

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статей 20, 21 Федерального закона  
от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**

Уважаемые родители (опекуны),

Ваш (представляемый) ребенок родится(лся) в БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр». Ему потребуется проведение определенных медицинских услуг. Доводим до Вашего сведения, что:

выполнение диагностических и лечебных процедур может быть сопряжено с риском возникновения осложнений и непреднамеренного причинения вреда здоровью пациента.

Вероятность развития осложнений зависит не только от повреждающих эффектов метода терапии или исследования, но, в большей степени, и от состояния здоровья матери ребенка, течения ее беременности и индивидуальных особенностей организма новорожденного.

При развитии заболеваний, создающих угрозу жизни или вероятность инвалидизации, ребенок может нуждаться в незамедлительном выполнении лечебно-диагностических мероприятий, которые могут быть проведены в отсутствие родителей.

В случае если Ваш отказ от проведения лечебно-диагностических процедур создает прямую угрозу жизни или здоровью ребенка администрация учреждения имеет право обратиться в суд для защиты прав пациента.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

\_\_\_\_\_ (адрес)  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

Настоящим я \_\_\_\_\_ **(вписать: «доверяю», «не доверяю»)** врачам БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» и другим привлеченным администрацией учреждения врачам-специалистам оказание моему (представляемому) ребенку следующих медицинских услуг, необходимых для обследования и, при необходимости, лечения:

| Виды медицинских услуг                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Согласна или не согласна | Подпись матери |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|
| <b>1. При рождении, до отделения пуповины:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• выкладывание новорожденного на живот матери (контакт «кожа к коже» в течение 2-х часов);</li><li>• забор крови из пуповины для определения КОС;</li><li>• забор и исследование крови на билирубин из пуповины, по показаниям</li></ul> |                          |                |
| <b>2. Первичная реанимационная помощь новорожденному в родильном зале/операционной (по показаниям, согласно Методического письма «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям», утвержденного Минздравом РФ 21.04.2010, №15-4/10/2-3204)</b>                                                                        |                          |                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>3. Первичный туалет новорожденного в родзале/операционной:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обсушивание и согревание новорожденного под источником лучистого тепла;</li> <li>• на голову ребенка одевается шапочка, на ножки - носочки,</li> <li>• профилактика гонобленнореи - закладывание глазной эритромициновой мази за нижнее веко глаза через 1 час;</li> <li>• перевязка, отделение пуповины через 1 минуту, обработка пупочного остатка в конце 1го часа;</li> <li>• антропометрия: измерение веса, окружности головы, длины тела новорожденного через 2 часа;</li> <li>• измерение температуры тела ребенка термометром через каждые 30 минут в течении 2-х часов.</li> </ul> |  |  |
| <b>4. Первое прикладывание новорожденного к груди матери в родильном зале</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| <b>5. Совместное пребывание с матерью в палате</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| <b>6. Осмотр новорожденного врачом-неонатологом</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| <b>7. Осмотр новорожденного врачом-неонатологом ежедневно, по показаниям чаще.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| <b>2.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>8. Термометрия 2 раза в день - утром и вечером</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>9. Взвешивание новорожденного 1 раз в сутки</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| <b>10. Забор капиллярной крови у новорожденного на неонатальный скрининг</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| <b>11. Проведение диагностических мероприятий:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• забор капиллярной крови из пальчика, забор венозной крови из периферической вены для проведения обследования (по показаниям);</li> <li>• забор капиллярной и венозной крови и исследование крови на группу и резус фактор, ПАГТ, НАГТ, по показаниям</li> <li>• забор и бактериологическое исследование мазков со слизистых, кожи, пупочного остатка и т.д. (по показаниям)</li> <li>• УЗИ и рентгенологическое обследование, по показаниям</li> <li>• консультации специалистов, по показаниям</li> </ul>                                                                                                 |  |  |
| <b>12. Проведение неонатального скрининга на выявление наследственных заболеваний</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>13. Проведение аудиологического скрининга для выявления нарушений слуха</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| <b>14. Проведение необходимых лечебно-профилактических мероприятий:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• профилактика развития геморрагической болезни новорожденного Викасолом в/м</li> <li>• инфузионная терапия по показаниям;</li> <li>• внутривенные и внутримышечные инъекции;</li> <li>• фототерапия по показаниям;</li> <li>• укладывание в кувез по показаниям;</li> <li>• очистительная клизма, зондирование желудка, пищевода, катетеризацию мочевого пузыря по показаниям;</li> <li>• зондовое питание по показаниям;</li> </ul>                                                                                                                                                   |  |  |
| <b>15. Перевод, при необходимости, в другие отделения перинатального центра или другие профильные ЛПУ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>16. Транспортировка, при необходимости перевода в другие отделения перинатального центра или другие профильные ЛПУ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |

Я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» окажут моему (представляемому) ребенку квалифицированную медицинскую помощь с целью его обследования и лечения.

Я (представляемый) понимаю, что перинатальные осложнения (в родах и после родов) у моего (представляемого) ребенка зависят не только от качества медицинской помощи в родах, но, в большей степени, и от состояния моего (представляемого) здоровья и течения беременности, срока беременности, наличия внутриутробной патологии плода и индивидуальных особенностей организма моего (представляемого) ребенка.

Мне (представляемому) разъяснено, что беременность и роды чреваты различными осложнениями со стороны плода (новорожденного):

- гипоксия и асфиксия плода и новорожденного;

- внутриутробное инфицирование с поражением различных органов вплоть до развития внутриутробной пневмонии и сепсиса;
- аспирация (попадание в дыхательные пути) мекония;
- воспалительные заболевания кожи (везикулопустулез), пупочной ранки (омфалит), глаз (конъюнктивит), слизистой носа (ринит);
- заболевания, характерные для перинатального периода (желтуха, геморрагическая болезнь, родовая травма, гемолитическая болезнь, респираторные нарушения).

При возникновении вышеперечисленных осложнений, возможно, потребуется интенсивное лечение новорожденного после родов (вплоть до проведения реанимационных мероприятий) и перевода его в специализированные отделения БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр»:

- отделение реанимации и интенсивной терапии;
- отделение патологии новорожденных.

Методы диагностики и лечения моего (представляемого) новорожденного в БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами неонатологической помощи и согласованным выше планом ведения новорожденного.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого) и моего (представляемого) ребенка здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное моему (представляемому) ребенку обследование и лечение. В случае отказа от обследования и лечения своего (представляемого) ребенка всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а).

Мне (представляемому) сообщено, что БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» является клинической базой для подготовки обучающихся по основным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам, утвержденным Приказом Минздрава России от 22.08.2013г. №585н, в связи с чем, в помещениях учреждения могут находиться студенты учебных заведений.

Я (представляемый) \_\_\_\_\_ (вписать: «согласен(сна)», «не согласен(сна)») с участием обучающихся по профессиональным программам медицинского образования в оказании медицинской помощи с учетом сохранения врачебной тайны.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение медицинского вмешательства. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку, вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

В соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я (представляемый) предоставляю сведения о выбранных мною (представляемым) лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья моего (представляемого) ребенка \_\_\_\_\_

Я (представляемый) разрешаю посещение в лечебном учреждении моего (представляемого) ребенка следующим гражданам: \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я (представляемый) подтверждаю свое согласие БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» (далее – «Оператор») на обработку моих (представляемого), моего (представляемого) ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего (представляемого) здоровья и здоровья моего (представляемого) ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Законный представитель \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Законный представитель уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения и расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Этот раздел заполняется при отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично</b></p> <p>Ввиду объективных причин ( )<br/> законный представитель может изъять свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ<br/> заполнен врачом на основании ответов законного представителя. Содержание информированного согласия законному<br/> представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.</p> <p>Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств.</p> <p>Дата: «    »    20    г    Время:    час    мин.</p> <p>Врач    (    )</p> <p>Врач    (    )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и при отсутствии<br/>законных представителей</b></p> <p>Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения<br/> угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие законного<br/> представителя/отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные<br/> представители пациента или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть).</p> <p>Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах<br/> охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении<br/> вышеуказанных медицинских вмешательств.</p> <p>Дата: «    »    20    г    Время:    час    мин.</p> <p>Врач    (    )</p> <p>Врач    (    )</p> <p>Врач    (    )</p> |