

УТВЕРЖДЕНО

приказом БУ «Нижевартовский окружной клинический
перинатальный центр»
№ 196 от 10.07.2020 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ РЕБЕНКА ПРОТИВ
ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫМ ВИРУСОМ**
Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьями 20, 21 Федерального закона от
21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан Я, _____ (фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) 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)
--

Я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» при необходимости окажут моему (представляемому) ребенку квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения новорожденного будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов неонатологической помощи.

Настоящим я добровольно _____ (**вписать: «даю»/«не даю»**) информированное добровольное согласие на проведение пассивной иммунизации против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом моего (представляемого) ребенка и прошу персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» о ее проведении.

Мне (представляемому) разъяснены все вопросы, связанные с проведением пассивной иммунизации против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом.

Я (представляемый) понимаю, что пассивная иммунизация – это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом в течение определенного промежутка времени от момента пассивной иммунизации.

Кроме того, мне были разъяснены последствия отказа от пассивной иммунизации моего (представляемого) ребенка против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом.

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), моего (представляемого) ребенка здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенную моему (представляемому) ребенку пассивной иммунизации против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом. В случае отказа от пассивной иммунизации против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом своего (представляемого) ребенка всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Я (представляемый) предупрежден(а) о факторах риска и противопоказаниях к проведению пассивной иммунизации против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом.

Учитывая, что моему (представляемому) ребенку будут проводиться инвазивные методы вмешательства я (представляемый) добровольно _____ (**вписать: «даю», «не даю»**) свое согласие на ограничение моей (представляемого) и моего (представляемого) ребенка приватности во время нахождения в БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения, использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

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 пассивной иммунизации ребенка против инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом. 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 моего (представляемого) ребенка здоровья:

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)

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