**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА  
НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,  
В Т.Ч. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ**

Я  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
        года рождения, проживающий (ая) по адресу:  
паспорт: серия, номер  
выдан  
являюсь законным представителем                      ребенка   
(мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)  
(ФИО, возраст ребенка полностью)  
что подтверждаю документом  
Я добровольно даю свое согласие на проведение представляемому мной ребенку операции:

(название медицинского вмешательства)  
и прошу персонал медицинской организации о ее проведении.  
Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.  
— Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.  
— Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.  
— Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.  
— Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком  и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.  
— Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и \_\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.  
— Я           согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.  
— Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.  
— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на  
  
  
«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись законного   
представителя пациента

Расписался в моем присутствии:  
  
Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, И.О.Фамилия)