Приложение 9 к приказу

АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

**Информированное добровольное согласие законного представителя несовершеннолетнего**

**на медицинское вмешательство забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя))*

Паспорт: серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель - **нужное подчеркнуть**) ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным в отношении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления - **нужное подчеркнуть**), в соответствии со ст. 20, 22 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию.

Медицинским работником автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я проинформирован(а), что забор материала у ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным будет осуществлять медицинский работник автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе с материалом определенной группы патогенности.

Решение подвергнуться проведению настоящей диагностической процедуре было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у ребенка или лица, признанного недееспособным сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я предупрежден(а) о том, что при выявлении у ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию, сотрудниками автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», постановление Правительства России от 31.01.2020 № 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе согласно договору добровольного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения ребенку или лицу, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заполнения) (подпись гражданинаили законного представителя гражданина) (Ф.И.О. гражданина)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата оформления) (*подпись, Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника*