

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным

_____ (Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного, дата рождения) |

Даю свое согласие на назначение медикаментозных средств при возникновении условий, требующих их назначений (заболевания, травмы, неотложные состояния). Обязуюсь сообщить информацию о переносимости медицинских препаратов, наличие реакций на препараты: _____

В соответствии с пунктом 12 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информирован(а) о возможных побочных действиях препаратов, применяемых для лечения ребенка, законным представителем которого я являюсь, сочетаемостью с другими препаратами и действиями, уменьшающими риски побочных эффектов.

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

мне разъяснено, что неблагоприятной побочной реакцией (НПР) на назначенный ребенку лекарственный препарат является любая непреднамеренная и вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании лекарственного препарата в обычных дозах с целью профилактики, лечения и диагностики.

Я предупрежден(а) о возможности возникновения вторичных и отсроченных реакций при приеме некоторых лекарственных препаратов.

_____ (подпись пациента или его законного представителя)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ Г.
(дата оформления)