

**Информированное добровольное согласие
на оказание услуги/проведение программы помощи при суицидальном
риске несовершеннолетнему клиенту/пациенту**

Я, _____

(ФИО законного представителя/родителя) являюсь законным представителем (ФИО несовершеннолетнего, возраст) _____.

Даю информированное добровольное согласие на получение услуги/программы: «Программа помощи несовершеннолетнему и его законным представителям/родителям в ситуации суицидального риска» лицом _____, законным представителем которого я являюсь.

Настоящим подтверждаю, что мне перед началом оказания услуги/программы специалистом программы _____ (ФИО) мне предоставлена в доступной для меня форме и с учетом моего психического состояния информация:

- о характере психофизического состояния и возможном психическом расстройстве несовершеннолетнего;
- о целях, методах (включая альтернативные), объеме и продолжительности рекомендуемого курса психологической помощи/лечения;
- о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах;
- об ожидаемых результатах психологической помощи/лечения;
- о правомерности отказа в оказании помощи в отсутствие информированного добровольного согласия на вмешательство;
- понимание мной/пациентом рисков, связанных с оказанием услуги.

Мне предоставлена информация о том, что получение данной услуги/программы не заменяет необходимости обращения в специализированную медицинскую психиатрическую службу.

При возникновении признаков острого суицидального поведения/суицидальной попытки я обязуюсь обратиться в службу СМП (Скорой Медицинской Помощи) по телефону 112 и при необходимости в специализированную медицинскую психиатрическую организацию.

Мне разъяснено, что лица, совершившие суицидальную попытку в прошлом и/или имеющие риск совершения суицида в начале прохождения программы, подвержены риску совершения повторной суицидальной попытки.

Для достижения целей программы и эффективного результата клиент, его близкие родственники должны работать в сотрудничестве со специалистами программы и сотрудниками других привлеченных служб.

Информированное добровольное согласие (ИДС) является неотъемлемым правом клиента/пациента и заключается добровольно клиентом/пациентом и его законным представителем.

Дата:

Подписи:

Гражданин/клиент, получающий помощь:

Его законный представитель/родитель:

Контактный телефон:

Сотрудник проекта помощи: