

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, _____ года рождения,
паспорт _____, выдан _____
проживающий(ая) по адресу _____,

в соответствии со ст.20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявлением выражаю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 №390н, при оказании мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи.

1 В ходе оказания медицинской помощи мне/представляемому могут проводиться, в том числе, следующие медицинские вмешательства:

- 1.1 Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 1.2 Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования горлани), вагинальное исследование (ручное, с применением специальных зеркал и визуальное исследование влагалища, визуальное исследование наружных половых органов – для детей), ректальное исследование (исследование прямой кишки и окружающих ее органов и тканей, включая пальцевое исследование прямой кишки), отоскопия.
- 1.3 Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).
- 1.4 Термометрия (измерение температуры тела).
- 1.5 Тонометрия (измерение давления).
- 1.6 Неинвазивные (нехирургические) исследования органа зрения и зрительных функций.
- 1.7 Неинвазивные (нехирургические) исследования органа слуха и слуховых функций.
- 1.8 Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- 1.9 Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические.
- 1.10 Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография (метод исследования функции легких), пневмотахометрия (исследование бронхов), пикфлюметрия (оценка бронхиальной обструкции при заболевании дыхательных путей), реоэнцефалография (исследование сосудистой системы головного мозга), электроэнцефалография (исследование деятельности головного мозга), кардиотокография (для беременных).
- 1.11 Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), компьютерная томография (метод послойного исследования органов и тканей) и рентгенография (метод рентгенографического исследования, при котором получают фиксированное изображение исследуемого объекта при помощи рентгеновских лучей), ультразвуковые исследования, допплерографические исследования (исследование кровотоков).
- 1.12 Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрижожно, промывание лор-органов лекарственными препаратами.

2. Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

2.1 о целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных **последствиях отказа** от предполагаемого медицинского вмешательства;

о планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;

2.3 о том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказать на состоянии здоровья;

2.4 о необходимости **проинформировать** врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья (представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

2.5 о том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ый результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

2.6 о том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил поведения пациентов в Клинике, врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

2.7 о том, что я **имею право отказатьься от одного или нескольких видов медицинских вмешательств** или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

3. Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;
- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;
- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с правилами поведения пациентов, а также с преискурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в Клинике;
- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг Исполнителем и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в Клинике.

Пациент/Законный представитель Пациента _____ / _____

Дата _____. _____. _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ КЛИНИКИ

Я свидетельствую, что дал разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, дал ответы на все интересующие вопросы.

Должность:

ФИО:

Подпись _____ Дата _____

