

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)

заполняется в случае подписания согласия законным представителем

_____ (адрес регистрации/ проживания законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень): осмотр общий, пальпация, перкуссия, аускультация, общеклинические, биохимические, иммунологические, серологические, бактериологические исследования биологических жидкостей и тканей, в том числе анализ крови общий и биохимический, исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализ мочи общий, определение вирусов гриппа, ОРВИ, в т.ч. коронавируса SARS-CoV-2 с применением метода амплификации нуклеиновых кислот и/или иммунохроматографического анализа, электрокардиография; проведение рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований (фиброгастроскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, цистоскопия, бронхоскопия и пр.), компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, в том числе при наличии медицинских показаний - с контрастированием; функциональные исследования; лечебные мероприятия: прием пероральных препаратов, венепункции и установка периферического венозного катетера, инъекции, внутривенные вливания, диагностические и лечебные пункции, физиотерапевтические процедуры.

В ГБУЗ «КМСЧ № 1» медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах медицинских вмешательств.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- _____
- аллергические реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение лекарственных препаратов (в том числе для анестезии), за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Я проинформирован(а) об участии обучающихся в оказании мне медицинской помощи в рамках практической подготовки медицинских работников и о том, что я вправе отказаться от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Я так же даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1, 3 ст.3, ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Сообщаю сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

✓

(подпись)

✓

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, то есть за исключением онкологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, или его законного представителя допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, или его состояние не позволяет выразить свою волю.

В этом случае решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей не менее 3 человек.

Врач _____ / _____ /
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (подпись)

Врач _____ / _____ /
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (подпись)

Врач _____ / _____ /
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)