

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу:

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

настоящим подтверждаю свое согласие на:

		Отметить ДА/НЕТ
1.	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.	
2.	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.	
3.	Антропометрические исследования.	
4.	Термометрия.	
5.	Тонометрия.	
6.	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.	
7.	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.	
8.	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	
9.	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.	
10.	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).	
11.	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.	
12.	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.	
13.	Медицинский массаж.	
14.	Лечебная физкультура.	

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО Рэмси Диагностика Рус, и обязуюсь их соблюдать;

- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время указанной операции, манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Подписывая настоящее Информированное согласие, я удостоверяю, что текст настоящего Информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся врачом, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента: _____

Ответ врача: _____

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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: _____

(ФИО выбранного лица)

Пациент (законный представитель) _____, дата
подпись

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения и расписался в моем присутствии:

Врач _____, дата
подпись Ф.И.О (полностью)

Переводчик (если использовался) _____ (фамилия, имя, отчество) (подпись)

Адрес электронной почты _____

Дополнительная информация для Пациента: Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю и при отсутствии законных представителей, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет, для лиц, больных наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах лечения.