

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ
_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
_____ года рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи в стационарных условиях ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (далее – Центр), в том числе специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; инвазивные исследования; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; взятие и исследование биопсийного материала, в том числе хранение и использование в исследовательских целях образцов биологического материала; проведение гистологического исследования; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно; проведение физиотерапевтического лечения, рефлексотерапии, проведение реабилитационных мероприятий, в том числе медицинский массаж; лечебная физкультура, для получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских услуг, связанных с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна(ен) с тем, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я извещен(а) о том, что мне/моему представляемому (ненужное зачеркнуть) 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(а) и осознаю, что отказ от лечения меня/ моего представляемого (ненужное зачеркнуть), несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего/моего представляемого (ненужное зачеркнуть).

Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем (здоровьем ребенка), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, средств местного обезболивания, аллергических реакциях на продукты питания, укусы насекомых, пыльцу растений, кровь, пыль и предметы обихода, обо всех перенесенных мною (ребенком) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т. ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (ребенка) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сообщил(а) об особенностях кровотечения при травме, а также правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств и других особенностях, связанных с моим здоровьем (здоровьем ребенка).

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности моей/моего представляемого (ненужное зачеркнуть), а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласна(ен) на то, что количество и состав процедур будет определяться в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.

Принимая во внимание, что Центр является научно-практическим учреждением, принимающим участие в разработке и внедрении в практику новых методов диагностики и лечения, а также реализующим современные образовательные программы, я соглашаюсь с тем, что в ходе оказания медицинской помощи мне/моему представляемому (ненужное зачеркнуть), совместно с лечащим врачом и под его контролем, могут принимать участие врачи-ординаторы, обучающиеся в Центре по программам высшего профессионального послевузовского образования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) и согласен(а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Сведения о выбранных мною лицах, 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).

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, в том числе о степени риска и пользе предполагаемого медицинского вмешательства, и медицинский работник дал мне понятные и исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на вышеуказанное медицинское вмешательство.

Мне разъяснено, что ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, как оператор персональных данных, осуществляет обработку предоставленных мною персональных данных на основании пунктов 5, 7 части 1 статьи 6, пункта 4 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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:

(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)

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

(дата оформления)