

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области

«Областной перинatalный центр»

(ГБУЗ ВО «ОПЦ»)

**Информированное добровольное согласие на выполнение медицинского исследования,
вмешательства, операции**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

1.

(Ф.И.О. Пациента)

«о» г. рождения, зарегистрирован (а) по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Мне подробно разъяснено моим лечащим врачом и дана полная информация о: состоянии моего здоровья, целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, и о возможном присутствии (участии) студентов-медиков во время оказания медицинской помощи с целью комплексного освоения обучающимися всех видов профессиональной деятельности по специальности, с соблюдением медицинской этики при непосредственном контроле руководителя практики.

При этом к участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются обучающиеся, исключительно имеющие допуск в установленном законом порядке. Согласие пациента либо его законного представителя на присутствие (участие) студентов-медиковдается пациентом путем подписания настоящего информированного добровольного согласия.

Настоящим я доверяю врачу _____

(наименование должности, Ф.И.О., подпись)

(в дальнейшем - Врач) и его коллегам выполнить все необходимые медицинские вмешательства в соответствии с моим состоянием здоровья, а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование, ректальное исследование, катетеризацию мочевого пузыря, лечебные клизмы, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, проводить лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, консилиумы смежных специалистов, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, установка катетера в периферические и центральные сосуды, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутримозжно, прием таблетированных препаратов, проведение диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, а также оперативное вмешательство с проведением обезболивания и выполнение любых других медицинских вмешательств в соответствии с назначением врача. Необходимость методов обследования и лечения мне разъяснены.

Мне разъяснено, что медицинское вмешательство без моего согласия (законного представителя) допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни и если мое состояние не позволит выразить свою волю.

При этом решение о медицинском вмешательстве без моего согласия будет принято консилиумом Врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) Врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию и последующим уведомлением руководителя учреждения или руководителя отделения, где я лечусь.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанные выше. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния. Я согласна на переливание крови и ее компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость и в случае, если возникнет эта необходимость по другим причинам.

Я подтверждаю:

- что внимательно прочла текст настоящего согласия (отказа) на выполнение медицинского исследования, вмешательства, операции и понял(а) всю информацию, представленную Врачом;
- что имел(а) возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные вопросы в области медицины;
- что на все заданные вопросы получил(а) удовлетворившие меня ответы;
- что мне понятен смысл всех терминов, употребляемых в настоящем согласии;
- что ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка учреждения.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

(Ф.И.О., Подпись пациента или его законного представителя)

Дата «_____» 20 ____ г.

2. Я разрешаю, не разрешаю (нужное подчеркнуть) давать следующие сведения о моем пребывании в отделении медицинского учреждения через справочное бюро:
- Мои: Фамилию, Имя, Отчество;
- Наименование отделения, где я лечусь;
- Сведения о моем общем состоянии и температуре тела.
Я разрешаю, не разрешаю (нужное подчеркнуть) моему лечащему Врачу или заведующему отделением, где я лечусь, давать сведения о моем состоянии здоровья и заболевании, методах необходимого лечения и прогнозе заболевания: жене, мужу, совершеннолетним детям, отцу, матери (нужное подчеркнуть).
Указать Ф.И.О. _____

Подпись пациента _____

(Подпись, Ф.И.О.)

Дата «_____» 20 ____ г.

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего состояния или является несовершеннолетним:

Подпись законного представителя пациента (ближайшего родственника) (Ф.И.О.) _____

Подпись Врача _____

(наименование должности, Ф.И.О., подпись)

3. От проведения _____

Отказываюсь, что удостоверяю моей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от _____

(Ф.И.О., Подпись пациента или его законного представителя)

Дата «_____» 20 ____ г.

Подпись Врача _____

(наименование должности, Ф.И.О., подпись)