

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____,
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. РОЖДЕНИЯ (указывается дата рождения гражданина либо законного представителя),
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
действуя в интересах _____
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. РОЖДЕНИЯ (указывается дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу _____
(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
представляемого мной на основании Свидетельства о рождении/паспорт (указывается наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения Первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В
(указать полное наименование медицинской организации)
медицинским работником _____
(указать должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено:

1. обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения в соответствии с Перечнем определенных видов медицинских вмешательств:

- 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.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования и манипуляции на орган слуха и слуховых функций в том числе проведение аудиологического скрининга.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Взятие крови для проведения лабораторных исследований, взятие мазков для проведения исследований (из зева, носа, уретры и других локализаций, взятие вагинального мазка, соскоба с шейки матки) лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, урофлоуметрия
 - Ультразвуковые и доплерографические исследования
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, ингаляционно, перорально.
- Медицинский массаж.
- Лечебная физкультура.
- Все возможные виды и методы консервативного лечения, включая физиотерапевтическое.
- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

2. о состоянии:

а) моего здоровья; б) здоровья _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного, год рождения)

- 1.1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания;
- 1.2. О результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента;
- 1.3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств;
- 1.4. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому) указанных в п. 1 видов и методов лечения;
- 1.5. О возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения (поведения представляемого) до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства из Перечня настоящего Соглашения.

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, добровольно в соответствии со ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. **ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на виды медицинских вмешательств, указанных в Перечне настоящего Согласия.
3. Я поставил (ла) в известность медицинского работника 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 (-ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
4. Я осознаю, что проводимое мне лечение (лечение представляемому мной), в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует 100%-ного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за состоянием моего здоровья (состоянием здоровья представляемого), в т. ч. после проведения медицинского вмешательства.
5. Возражаю/Не возражаю (*нужное подчеркнуть*) против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
6. Я ознакомлен (на) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
8. 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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
9. 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)

Подпись

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

« _____ » _____ 20__ года
Дата оформления