

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
в соответствии с требованиями статей 20, 13 ФЗ № 323 от 21.11.2011
«Об основах охраны здоровья граждан РФ»,
приказа МЗ РФ № 549н от 10.09.2015г. и приказа № 1177н от 20.12.2012г.)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем 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)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) даю добровольное согласие на медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО «Вертеброневрология-1»
(указать название или профиль отделения)

- Мне, согласно моей воле, 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 «Вертеброневрология-1» и обязуюсь их соблюдать.
- Добровольно даю свое согласие на проведение: опроса, в том числе выявление жажды, сбора анамнеза, осмотра, в том числе palpation, перкуссии, auscultation, антропометрического исследования, термометрии, тонометрии, не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций, не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций, исследования функций нервной системы, лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, на введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечного, внутривенного, подкожного, внутрисуставного и таблетированной форме, на проведение медицинского массажа, лечебной физкультуры, мануальной терапии, рефлексотерапии, физиотерапии, психотерапии, кардиотерапии, озонотерапии, гирудотерапии.
- Мне разъяснено, что в ходе выполнения проводимых мне медицинских действий, может возникнуть необходимость выполнения других исследований и врачебных манипуляций, не указанных в предыдущем абзаце. Я доверяю лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить иные действия, которые врач сочтет необходимыми для установки моего диагноза и определения тактики лечения.
- Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
- Я извещен (извещена) 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 осознал, 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и психотропных средств.
- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских 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.
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам.

Пациент _____ (Фамилия И.О.) _____ (подпись) X

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (Должность, И.О. Фамилия) _____ (подпись) X

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, 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, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя МО, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, 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 руководителя МО, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

Дополнительная информация:
« ____ » ____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя _____ X

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (Должность, И.О. Фамилия) _____ (подпись) X

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____
« ____ » ____ 20 ____ года