

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

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество полностью)

дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу: _____

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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее по тексту — «Перечень видов медицинских вмешательств»), при оказании мне, моему ребенку (несовершеннолетнему лицу), недееспособному лицу или ограниченно дееспособному лицу, (нужное подчеркнуть) чьим законным представителем я являюсь

(Ф.И.О. ребенка, (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого, выступает законный представитель)

дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу: _____

(указать адрес ребенка (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица)

первичной медико-санитарной помощи в ООО "Доктор рядом" _____

(наименование структурного подразделения медицинской организации)

Я ознакомлен с указанным ниже Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме.

Мне даны разъяснения 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. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких нижеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

Перечень видов медицинских вмешательств, нужное отметить

№ п/п	Вид медицинского вмешательства	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 (рост, вес, окружность головы и др.).		
4.	Термометрия (измерение температуры тела).		
5.	Тонометрия (измерение давления).		
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, цитологические, гистологические и др., включая заборы крови, мочи, кала, слюны, пота и прочих биологических жидкостей и тканей		
10	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное монитo- рирование артериального давления, суточное монитoрирование электрокардиограммы, спи-рография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), УЗИ с вагинальными и ректальными датчиками и др.		
11	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, компьютерная томография (КТ), Рентгенологическая и ультразвуковая, денситометрия, Магнито-резонансная томография (МРТ) и другие лучевые методы исследования		
12	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в суставы, методом электрофореза и др.		
13	Медицинский массаж и иглотерапия.		
14	Лечебная физкультура.		

ООО "Доктор рядом", 107076, г. Москва, ул. Краснобогатырская, д.44, стр.1, ОГРН 1027739819898, ИНН / КПП 7715211034/771801001, телефон: 8(495)230 03 09, емейл: drc-info@drclinics.ru.

- Я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие моим врачам.
- Я предупрежден(а) 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 уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне (представляемому) оказываемого медицинского вмешательства.
- 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 ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно- профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я поставил(а) 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я уведомлён о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Я даю согласие на оказание медицинской помощи на платной основе;
- Я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны.

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

(Ф.И.О. Пациента/Законного представителя полностью)

Пациент (Представитель пациента) расписался в моем присутствии: _____
(подпись, дата)

(Ф.И.О. должность врача (чья подпись))

Дополнительная информация для Пациента: Согласно статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «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 предоставленной медицинским работником в доступной форме полной 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. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении 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 в отношении лиц, не достигших возраста — несовершеннолетних-больных наркоманией в возрасте до 16 лет, иных несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им информации о состоянии здоровья, результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантов медицинского вмешательства, последствиях и результатов лечения.

(Фамилия Имя Отчество полностью)

(подпись)

(дата)