

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство в амбулаторно-поликлинических условиях**

Я _____, 19__ г.р.
(фамилия, имя, отчество - полностью), проживающий(ая) по адресу: _____

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) _____

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО «МК «ХОКУТО» и обязуюсь их соблюдать;
— Добровольно даю свое согласие на проведение:

1. **Опроса**, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза. 2. **Осмotra**, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования. 3. Антропометрического исследования. 4. Термометрии. 5. Тонотрии. 6. Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций. 7. Не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций. 8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. **Лабораторных методов обследования**, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических. 10. **Функциональных методов обследования**, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пикфлоуметрия, сфигмометрия. 11. Рентгенологических методов обследования, в том числе компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинского массажа. 14. Лечебной физкультуры.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

— Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о 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 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 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 токсических средств;

— Я _____ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих 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: _____

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/

_____ законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

_____ (Должность, И.О. Фамилия)

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.

Дополнительная информация:

«__» _____ 20__ года.

Подпись пациента/

_____ законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

_____ (Должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

«__» _____ 20__ года