

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Информированное добровольное согласие
на оказание медицинских услуг в гинекологическом отделении (ГО)**

«___» _____ 20___ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 г. №88

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(ФИО пациентки, полностью)

получила разъяснения по поводу диагноза и информацию об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, о вероятном прогнозе заболевания.

Я, _____
(ФИО пациентки, полностью)

_____ согласна не согласна (нужное вписать) с проведением мне обследования, лечения, выполнением всех манипуляций в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи, мне даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещена о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать медицинскому персоналу отделения (врачу, медицинской сестре) о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных мне в отделении лекарственных препаратов (например, принимаемых мною для лечения соматической патологии (гипертонии, язвенной болезни желудка, сахарном диабете и т.п.).

Я извещена, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение и самовольный уход из отделения могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я знаю, что возможно ухудшение течения заболевания, по поводу которого я получаю лечение в гинекологическом отделении, что, возможно, потребует оперативного лечения с расширением объема операции, вплоть до удаления матки или придатков (яичники, трубы).

Я не возражаю против участия в оказании мне медицинской помощи специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченных специалистов, сотрудников кафедры медицинского факультета СурГУ.

Я извещена о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Я имела возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получила на них исчерпывающие ответы.

Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая меня информация.

В случае отказа от обследования и лечения в отделениях бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мое согласие является свободным и основано на полученной мною достаточной информации.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О.

Информационное согласие пациента

На видеонаблюдение и сбор информации посредством видеонаблюдения во время его нахождения, включая время оказания медицинской помощи, в здании родильного дома учреждения

Я, _____

ознакомлена с тем, что в здании родильного дома бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» ведется видеонаблюдение с целью охраны моих законных интересов и деятельности учреждения, в том числе контроля за надлежащим качеством оказания мне медицинской помощи, видеокамеры расположены во все здании родильного дома, включая родильный зал, операционный зал, процедурные комнаты, палаты, коридоры и т.д.

Видеонаблюдение применяется на основании принятых в надлежащем порядке внутриорганизационных норм, с действующими правилами сбора и хранения данных видеонаблюдения меня ознакомили.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» гарантирует, что полученные данные видеонаблюдения будут защищены от доступа посторонних лиц или утраты и не будут распространяться или передаваться в открытое пользование.

_____ « ____ » _____ 200__ г.
(подпись)

Я согласна на ограничения моей приватности во время нахождения в родильном доме бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» посредством видеонаблюдения, сбора и хранения данных видеонаблюдения, сбора и хранения данных видеонаблюдения и подтверждаю это своей подписью:

_____ (Ф.И.О. пациентки)

_____ (подпись)

« ____ » _____ 200__ г.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

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 фамилии, имени, отчества, 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 главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

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 главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

дата