

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

«___» _____ 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, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19__ года рождения, проживающая по адресу: _____

поставлена (поставлен) в известность, что я (представляемая) госпитализирована в

_____ (вписать наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр»

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)

выдан: _____

_____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)

_____ (дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

- мне (представляемой) согласно моей (её) воле даны полные данные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемой);

- я ознакомлена (ознакомлен) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемой) в соответствии с назначениями врача диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний,

диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- я информирована (информирован) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемой) делать во время их проведения;

- я извещена (извещен) о том, что мне (представляемой) 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 предупреждена (предупрежден) 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 поставила (поставил) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемой) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемую) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- я _____ на осмотр другими медицинскими работниками
(вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен))
исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- я _____ на осмотр студентами медицинских вузов и
(вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен))
колледжей исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) 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 (представляемой) диагнозе, степени тяжести и характере моего (представляемой) заболевания моим (представляемой) родственникам, законным представителям, гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие (отказ) 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

Расписалась (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