

Информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(ФИО полностью),
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____
(число, месяц, год рождения)
_____, паспорт (либо другой документ, удостоверяющий личность) _____ выдан (кем и
когда) _____
_____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка _____

(ф.и.о. полностью, год рождения)

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при получении первичной медико-санитарной помощи добровольно даю информированное согласие на:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонометрию.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховые функции.
8. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмо-тахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографию, рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебную физкультуру.

- Мною получена предоставленная медицинским работником в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Я информирован (на) о целях, 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 ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от указанных выше видов медицинских вмешательств, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, лечебно-охранительного режима, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- 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 _____ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских университетов, колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со в семи пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю согласие на указанные виды медицинских вмешательств.

Информированное добровольное согласие действует на срок выбора врача и мед.учреждения.

Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином или его законным представителем с указанием степени родства.

Дата: ____ . ____ .20 ____ г. _____)
(подпись пациента/представителя) (расшифровка подписи)

Расписался в моем присутствии: Мед.работник

Дата: ____ . ____ .20 ____ г. _____)
(должность) (ф.и.о.)