

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г.р. Адрес: _____

Паспорт : серия _____ Номер _____, выдан: _____

В соответствии с требованиями ст.20 ФЗ от 21.11.2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств мне, а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования, в том числе клинические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пульсоксиметрия, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно; медицинский массаж; лечебная физкультура .

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я предупрежден(а) и осознаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Данное информированное согласие на медицинское вмешательство действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в медицинской организации.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, которому может предоставляться информация о состоянии здоровья, контактный телефон)

Я получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть проводимого медицинского вмешательства и оздоровительных мероприятий и даю свою согласие на их проведение

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Учкина Т. В.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.

(дата оформления)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, а также в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.