Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, действую от имени и в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

 на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 года №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» даю информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских в **ООО «Кволити Мед»:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;

8. Исследование функций 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 электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

12. Пункционная биопсия щитовидной железы под контролем УЗИ.

13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутрисуставно, паравертебрально.

14. Взятие венозной крови, взятие урогенитального мазка, взятие соскоба на цитологическое исследование слизистых урогенитального тракта, взятие микробиологического мазка/ соскоба с поверхности кожи и слизистых, взятие волос, ресниц.

Медицинским работником (работниками) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

Мне разъяснено, что медицинские услуги, оказываемые по Договору на оказание медицинских услуг, включают возможность допустимого вмешательства в состояние моего здоровья и вероятности проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений).

Я извещен(-а) о технике оказания медицинских услуг/медицинского вмешательства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и правилах преаналитического этапа исследований. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные действия применяемых медикаментов, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также что во время медицинских вмешательств или после вмешательств могут развиться такие нежелательные последствия, как: неприятные ощущения, боль, обморок, подкожная гематома, кровотечение, воспалительные явления мягких тканей в месте венепункции/прокола кожного покрова (пункции), флебит, кровянистые выделения и доверяю проведение указанных медицинских вмешательств и дополнительных вмешательств, которые могут потребоваться в целях избежания/устранения нежелательных последствий медицинскому персоналу Исполнителя.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учётом сохранения врачебной тайны:

возражаю/не возражаю (ненужное зачеркнуть).

Я осознаю, что в силу особенностей организма конкретного человека выполнение любого медицинского вмешательства, в том числе и взятия крови, может оказаться невозможным изначально или после нескольких неудачных попыток, и обязуюсь не предъявлять претензии в случае невозможности выполнения манипуляции взятия крови. В этой ситуации Исполнитель возвращает деньги по невыполненным услугам.

Я предупреждён (-а) и осознаю, что несоблюдение рекомендации медицинских работников (в том числе фиксация места прокола, соблюдение ограничительного режима (времени отдыха) после вмешательства и т.д.) может повлечь снижение качества предоставляемых услуг и возникновение нежелательных последствий.

Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т.ч. дополнительном вмешательстве, в интересах пациента (интересах представляемого) решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей.

Я согласен(-а) с тем, что используемая технология лабораторного исследования не может полностью исключить вероятность возникновения ложноположительных и ложноотрицательных результатов, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам лабораторной диагностики, разрешенных на территории РФ, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

Я подтверждаю, что сообщил (-ла) правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств (за 30 дней до сдачи анализов).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы моей жизни и если мое состояние не позволяет выразить волю и если отсутствуют законные представители (ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах моих медицинских анализов и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(В соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |
| « |  » | »  |  |  |  | г. |

(дата оформления)