

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Я, _____

- поставлен в известность, что госпитализирован в _____.
- Мне даны разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.
 - Я ознакомлен с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.
 - Добровольно даю согласие на проведение мне в соответствии с назначениями врача диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, гепатитов; анализа мочи, электрокардиографии; рентгенографического и ультразвукового исследований; а также на проведение 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 информирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.
 - Я извещен о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения и немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.
 - Я предупрежден и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение режима, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
 - Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, обо всех перенесенных мною заболеваниях, операциях, травмах (в том числе, носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулеза).
 - Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических препаратов.
 - Я согласен на осмотр другими медицинскими работниками, студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
 - Я согласен на приобретение медикаментов, средств медицинского назначения, оплату дополнительных методов обследования за свой личный счет по необходимости, определяемой лечащим врачом.
 - Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.
 - Разрешаю в случае необходимости предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям.

« ____ » _____ 20 ____ года Подпись пациента,
законного представителя _____

Расписался в моем присутствии: врач _____ подпись _____

В случае, 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.

Консилиум в составе:

Должность, ФИО и подпись _____

Должность, ФИО и подпись _____

Должность, ФИО и подпись _____

ЖЕЛАЕМ ВАМ СКОРЕЙШЕГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ!

ГБУ РО ГК БСМП.

Информированное добровольное согласие на выполнение инвазивного исследования, вмешательства, операции, переливания крови и ее компонентов.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.11 г.

1. Мне (Ф.И.О. пациента или законного представителя) _____

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.
2. Я доверяю врачу _____ (в дальнейшем: Врач) и его коллегам следующие инвазивные исследования, вмешательства, операции, переливание крови и ее компонентов:

3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения Врача.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, не указанных в пункте 2. Я доверяю Врачу принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнить любые медицинские действия, которые Врач и его коллеги сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

5. Я согласен на переливание донорской крови и ее компонентов в ходе операции или при возникновении необходимости в процессе моего лечения.

6. Я разрешаю делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом, и использовать их в научных и образовательных целях.

Содержание данного документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю своей подписью.

« ____ » _____ 20 __ г.

Подпись пациента или его законного представителя _____

Подпись Врача _____

От приведенных в п. 2 инвазивных исследований, вмешательств, операций

Я, _____
отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от указанных выше медицинских действий, в т.ч. поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

« ____ » _____ 20 __ г.

Подпись пациента или его законного представителя _____

Подпись Врача _____

В случае, 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.

Консилиум в составе:

Должность, ФИО и подпись _____

Должность, ФИО и подпись _____

Должность, ФИО и подпись _____

ЖЕЛАЕМ ВАМ СКОРЕЙШЕГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ!