

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я _____, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: паспорт: _____, выдан: _____
_____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

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

добровольно даю свое согласие на проведение:опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования;антропометрического исследования;термометрии;тонометрии;не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций;не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций;исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических;функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, КТГ (для беременных);рентгенологических методов обследования, ультразвукового исследования, доплерографических исследований;введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривоочно;медицинского массажа;лечебной физкультуры;инвазивные методы исследования: цистоскопия,фибротрахеобронхоскопия,эзофагогастродуоденоскопия,фиброколоноскопия,ректороманоскопия;инстилляции внутрипузырные

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

— Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

— Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о 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 извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) 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 предупрежден (предупреждена) 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Я разрешаю предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, следующим лицам:

☐ Всем

☐ ФИО, контактный телефон

Я разрешаю предоставлять интересы моего ребенка при обращении за медицинской помощью следующим лицам: ФИО, степень родства, контактный телефон

ФИО _____ дата _____