

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ОПЕРАЦИЮ, ЛЕЧЕНИЕ**

Настоящее согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: серия _____ № _____, кем выдан: _____ когда выдан: « _____ » _____ г.,
являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(указать кем: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

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

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима ООО «МЦ «УЗИ+» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования, далее по тексту «обследования»;

- Я согласен (а) на проведение в ООО «МЦ «УЗИ+» следующих медицинских вмешательств, операций _____

- Я информирован (а) о целях, характере, содержании и неблагоприятных эффектах указанных медицинских действий, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, в том числе нетрудоспособности и смерти, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования, операции, не указанных выше. Я доверяю врачам и иным медицинским работникам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего (представляемого) состояния;

- Я согласен(а) на переливание мне (представляемому) донорской крови или ее компонентов в ходе операции и послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость;

- Я извещен(а), о том, что мне (представляемому) необходимо строго и неукоснительно выполнять все указания и рекомендации медицинских работников, которые я буду получать при прохождении определенных видов медицинских вмешательств, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия; Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от рекомендаций медицинских работников, может отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья и привести к искажению результатов определенных видов медицинских вмешательств, что в свою очередь может привести к неверной интерпретации результатов определенных видов медицинских вмешательств;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (лица, мной представляемого) 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 сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое 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, гражданам:

« _____ » _____ 201 _____ года.

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

(Должность, И.О. Фамилия)