

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество полностью)
дата рождения: _____, зарегистрированная (ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее по тексту — «Перечень видов медицинских вмешательств»), при оказании мне, моему ребенку (несовершеннолетнему лицу), недееспособному лицу или ограниченно дееспособному лицу, *(нужное подчеркнуть)* чьим законным представителем я являюсь

(Ф.И.О. ребенка, (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого, выступает законный представитель)

дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу: _____

(указать адрес ребенка (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица)

в ООО "МК Доктор рядом".

Я ознакомлен с указанным ниже Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме.

Мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких нижеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства
1.	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

- Я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие моим врачам.
- Я предупрежден(а) 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 уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне (представляемому) оказываемого медицинского вмешательства.
- Я извещен(а) 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 ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я поставил(а) 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 сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Я даю согласие на оказание медицинской помощи на платной основе;
- Я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками в том числе работниками иных Медицинских организаций, с учетом сохранения врачебной тайны.

Также даю информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация). В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях: 1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья; 2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации). Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.

Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме. Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах телемедицинской консультации. Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею

претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации

Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст моего Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при первом обращении мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

(Ф.И.О. Пациента/Законного представителя полностью)

Пациент (Представитель пациента) расписался в моем присутствии: _____
(подпись, дата)

(Ф.И.О. должность врача (чья подпись))

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" " _____ г.
(дата оформления)

Подписано с помощью электронной подписи

Дополнительная информация для Пациента: Согласно статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста — несовершеннолетних-больных наркоманией в возрасте до 16 лет, иных несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им информации о состоянии здоровья, результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантов медицинского вмешательства, последствиях и результатов лечения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

(Фамилия Имя Отчество полностью) (подпись) (дата)
Подписано с помощью электронной подписи