

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

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

Я, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, к.п. \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_

*(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 (ознакомлена) с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО ЦХП «Золотое свечение» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование, (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж, лечебную физкультуру, Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время их проведения;

- Я информирован (информирована), что разрезы кожи (в т.ч. электрохирургическим способом) заживают с образованием рубца. Обычно через несколько месяцев после операции эти рубцы становятся менее заметными, но в связи с физиологическими особенностями разных типов кожи на месте заживления может образоваться келоидный рубец, который может остаться навсегда. Также существует риск в проведении дополнительной операции по удалению образовавшегося келоидного рубца, которая не гарантирует, что он не образуется вновь.



- 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 приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) 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 (сообщила) 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;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_  
(должность, И.О. Фамилия)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне следующих, необходимых мне дополнительных методов обследования и лечения:

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

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_  
(должность, И.О. Фамилия)