

**Информированное добровольное согласие для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара**

В соответствии со статьями 18, 19,20,22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:  
(дата рождения гражданина)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина)

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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

Я( ФИО ) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

в \_\_\_\_\_ отноше

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Добровольно даю свое согласие на:

1. Проведение мне (представляемому) лечебно- диагностических мероприятий:

- Осмотр врача, в том числе:
- опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза;
- пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- антропометрические исследования;
- термометрию, тонометрию;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Проведение:
- лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических ,ПЦР;
- функциональных методов обследования: электрокардиографии, велоэргометрии, суточного мониторинга артериального давления, суточного мониторинга электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных);
- лучевых методов обследования: флюорографии (для лиц старше 15 лет), рентгенографии, компьютерной томографии, ультразвуковых исследований, доплерографических исследований, в том числе с контрастированием.
- Прием лекарственных препаратов (в том числе твердых и жидких форм).
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- Катетеризацию центральных и периферических сосудов.
- Диагностические и лечебные пункции, лечебные манипуляции, перевязки.
- Медицинский массаж.
- Лечебную физкультуру;
- Аппаратную физиотерапию, водолечение, теплотечение, спелеотерапию, ингаляционную терапию;
- Местную анестезию.

2. Госпитализацию в отделение БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

– Мне, согласно моей воле, 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, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

– 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 получил (-а) полную информацию и понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о медицинском вмешательстве;

– 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 согласен(-а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

– Я ознакомлен(-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, я получил удовлетворившие меня ответы на мои вопросы и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

<b>Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума назначено проведение специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:</b>	
Подпись врача _____	/ _____ /
Подпись врача _____	/ _____ /
Подпись врача _____	/ _____ /

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)