

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
(Компьютерная томография)**

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 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 \_\_\_\_\_ отношении \_\_\_\_\_

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

" " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

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

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

**Компьютерная томография в БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница»,**  
(полное наименование медицинской организации)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания данного вида медицинской помощи, связанный с ними риск,

возможные варианты проведения указанного медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства.

Мне разъяснено, что диагностическая компьютерная томография связана с воздействием на организм рентгеновского излучения, я информирован о дозовой нагрузке в процессе проведения исследования. Я подтверждаю отсутствие у меня непереносимости рентгеноконтрастных веществ.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснен в доступной для меня форме порядок подготовки к данному виду медицинского вмешательства, порядок соблюдения медицинских рекомендаций в период проведения и по окончании проведения медицинского вмешательства, и я предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении поименованных порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства: **невозможность установления диагноза и определения лечебной тактики,**

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии, в том числе после смерти:

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

Дополнительная

информация: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (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 показана компьютерная томография:</b> |     |
| Подпись врача   | / / |
| Подпись врача   | / / |
| Подпись врача   | / / |
| « _____ » _____ Г.<br>(дата оформления)   |     |