

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА
С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
(женщины)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20,21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____
(Ф.И.О. пациента – полностью, года рождения, проживающий по адресу:

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

(адрес)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении БУ «Лангепасская городская больница» ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Лангепасская городская больница» при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи, клиническими рекомендациями.

Настоящим я (представляемый) добровольно (**вписав: «даю», «не даю»**) согласие врачам-специалистам БУ «Лангепасская городская больница», подбор и осуществление намеченного плана обследования и лечения, а именно:

- Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза;
 - Осмотра, в том числе: пальпации, перкуссии, аускультации (в том числе сердцебиения плода), риноскопии, отоскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщины), ректального исследования;
 - Антропометрического исследования;
 - Термометрии;
 - Тонометрии;
 - Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций;
 - Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
 - Лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических;
 - Проведение кольпоскопии по показаниям;
 - Функциональных методов обследования, в том числе: электрокардиография, клинический мониторинг, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
 - Рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований;
 - Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
- Проведение инфузионно-трансфузионной терапии;
- При необходимости применение антибиотикопрофилактики в родах и антибиотикотерапии по показаниям;
 - По показаниям применение профилактики тромбоэмболических осложнений;
 - По показаниям применение профилактики развития СДР у новорожденного дексаметазоном или бетаметазоном;
 - По показаниям введение антирезусного иммуноглобулина во время беременности и в послеродовом периоде;
 - Проведение катетеризации периферических и центральных сосудов;
 - Проведение катетеризации мочевого пузыря;
 - Постановка очистительной клизмы;
 - Физиотерапевтических методов лечения;
 - Гигиенический туалет наружных половых органов;
 - При необходимости обработка и снятие швов в послеродовом и/или послеоперационном периоде;
 - Инстилляций внутрипузырные;
 - Транспортировка внутри БУ «Лангепасская городская больница» и в другие ЛПУ при необходимости;
 - Перевод при необходимости в другие отделения БУ «Лангепасская городская больница» или другие профильные ЛПУ.
- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне (представляемому) разъяснена дополнительно.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая инвалидизацию и смерть, мне (представляемому) известны.

Мне (представляемому) лично лечащим врачом были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также его способы.

Я (представляемый) так же ознакомлен(а) с планом предполагаемого мне (представляемому) поэтапного медикаментозного лечения и действие необходимых лекарственных препаратов.

Я (представляемый) ознакомлен(а) с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости мною (представляемым) тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего (представляемого) здоровья, требующих смены тактики лечения, а также применения лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами - консультантами.

Кроме того, мне (представляемому) были разъяснены последствия отказа от обследования и лечения.

Я (представляемый) имел (а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого) здоровьем, физическим и психическим состоянием информации.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное мне (представляемому) обследование и лечение. В случае отказа от обследования и лечения всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции, я (представляемый) добровольно _____ (вписать даю/не даю) свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в БУ «Лангепасская городская больница» посредством видеонаблюдения с целью предотвращения нарушения прав пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи, соблюдая при этом принципы конфиденциальности, нормы этики и деонтологии.

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а).

Мне (представляемому) сообщено, что БУ «Лангепасская городская больница» является клинической базой для подготовки обучающихся по основным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам, утвержденным Приказом Минздрава России от 22.08.2013 №585н, в связи с чем, в помещениях учреждения могут находиться студенты учебных заведений.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение вышеуказанного обследования и лечения. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

В соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я (представляемый) предоставляю сведения о выбранных мною (представляемым) лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего (представляемого) здоровья: _____

Я (представляемый) разрешаю посещение в лечебном учреждении меня (представляемого), моего (представляемого) ребенка следующим гражданам: _____

Пациент (законный представитель) « _____ » 20 _____ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил (а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения и расписался в моем присутствии:

Врач « _____ » 20 _____ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

В соответствии с Федеральным законом от 1 мая 2017 года N 86-ФЗ "О внесении изменений в статью 13 Федерального закона "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" и статьи 59 и 78 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я (представляемый) подтверждаю свое согласие на выдачу мне листка нетрудоспособности в виде электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией.

Пациент (законный представитель) « _____ » 20 _____ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту поставить подпись лично

Ввиду объективных причин

(_____)

пациент может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента. Содержание информированного согласия пациенту зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на выше указанные медицинские вмешательства.

Дата: _____ Время: час мин. _____

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей.

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания/ отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные представители пациента или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть).

Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении выше указанных медицинских вмешательств.

Дата: _____ Время: час мин. _____

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)