

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА
С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
(консультативно-диагностическое отделение)**

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

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
_____ года рождения, проживающая по адресу: _____

данный 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 обследовании и лечении в консультативно-диагностическом отделении БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами акушерско-гинекологической помощи.

Настоящим я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие врачам-специалистам БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» и привлеченным врачам - консультантам других ЛПУ подбор и осуществление намеченного плана обследования и лечения, а именно:

- При необходимости применение антибиотикопрофилактики в родах и антибиотикотерапии по показаниям;
- По показаниям применение профилактики тромбоэмболических осложнений;
- По показаниям введение антирезусного иммуноглобулина во время беременности и в послеродовом периоде;
- Проведение катетеризации периферических и центральных сосудов;
- Проведение катетеризации мочевого пузыря;
- Физиотерапевтических методов лечения;
- При необходимости обработка и снятие швов в послеродовом и/или послеоперационном периоде;
- Инстилляций внутривульварных;
- Введение ВМС;
- Транспортировка и госпитализация внутри БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» и в другие ЛПУ при необходимости.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне (представляемому) разъяснена дополнительно.

Я (представляемый) согласен(а) на осмотр меня (представляемого) другими медицинскими работниками, привлеченными администрацией учреждения, при условии сохранения врачебной тайны.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанных 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, а именно:

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 информацию.

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. Несмотря на имеющуюся полную информацию о последствиях отказа, я (представляемый) отказываюсь от: _____

(указать от чего именно отказывается пациент)

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 ноября 2011 г. 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:

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 г. 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/законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъять свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: «__» ____ 20__ г. 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 (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (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 вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: «__» ____ 20__ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)