приказом БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» № 196 от 10.07.2020 г.

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	а рождения, проживающая по адресу:	
	,	
данный раз,	дел 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 зак	онным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка	
	ризнанного недееспособным:	
	(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)	

находясь на обследовании и лечении в консультативно-диагностическом отделении БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижневартовский 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 «Нижневартовский 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;
- Инстилляции внутрипузырные;
- Введение ВМС;
- Транспортировка и госпитализация внутри БУ «Нижневартовский 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, 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, 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:

Паннант (саманный прадатарыталь)	,, 20 p
Пациент (законный представитель)	<u> </u>
	пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и
	пользу, риск, альтернативу запланированных ооследования и
лечения и расписался в моем присутствии:	20
Врач Ф.И.О (полностью)	«»20Γ.
подпись Ф.И.О (полностью)	дата
Переводчик (если использовался)	
Переводчик (если использовался)	(фамилия, имя, отчество) (подпись)
	1 мая 2017 г. N 86-ФЗ "О внесении изменений в статью 13
	ковании на случай временной нетрудоспособности и в связи с
	б основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я
	ыдачу мне листка нетрудоспособности в виде электронного
	ой квалифицированной электронной подписи медицинским
работником и медицинской организацией.	
Пациент (законный представитель)	«»20 г.
подпись	Ф.И.О (полностью) дата
	и пациенту/законному представителю поставить подпись лично
Ввиду объективных причин (
изъявить свою волю, но не может поставить подпись	лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов
	прованного согласия пациенту/законному представителю зачитано,
необходимые разъяснения проведены.	
Получено устное согласие на проведение вышеуказа	
	нных медицинских вмешательств.
Дата: «» 20 г Время:	часмин.
Дата: «» 20 г Время:	часмин.
Дата: «»20 г Время: Врач Врач	часмин. () ()
Дата: «»20 г Время: Врач Врач Этот раздел заполняется только в случае нев	часмин. () () озможности получить согласие пациента и отсутствии законных
Дата: «»20 г Время: Врач Врач Этот раздел заполняется только в случае нев пр	часмин. () () озможности получить согласие пациента и отсутствии законных едставителей
Дата: «»20 г Время: Врач Врач Этот раздел заполняется только в случае нев пр Пациенту необходимо проведение медицинского вмешател	часмин()()озможности получить согласие пациента и отсутствии законных едставителей ьства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента,
Дата: «»20 г Время:	
Дата: «»20 г Время:	
Дата: «»20г Время:	
Дата: «»20 г Время:	
Дата: «»20 г Время:	
Дата: «»	
Дата: «»	
Дата: «»20 г Время:	