

**Информированное добровольное согласие пациента на
выполнение Проведение мочевого теста на беременность**

« ____ » _____ 202 ____ г.

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступить ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение 1 года.

Я, _____
даю настоящее информированное добровольное согласие (далее по тексту – согласие) на следующее вмешательство (далее по тексту – вмешательство/медицинское вмешательство): Проведение мочевого теста на беременность, которое будет выполняться в Обществе с ограниченной ответственностью «Диагностический центр здоровья матери и плода» (ОГРН: 1177847133419, ИНН: 7839082945, адрес: 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Красуцкого, д.3 лит. М, пом.13Н) (далее по тексту также – «Исполнитель»), имеющем бессрочную лицензию номер Л041-01148-78/00348400 на право осуществления медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от 08.04.2020г., выданную на основании решения лицензирующего органа - Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (адрес органа, выдавшего лицензию: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая ул., д. 1, телефон: 8 (812) 63-555-64, медицинским работником (работниками):

(должность, Ф.И.О. медицинского работника (работников))

(далее по тексту – медицинский работник (работники)).

Мне полностью и в доступной для меня форме 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446), а именно:

1. **Показания** для данного медицинского вмешательства: выявление беременности.
2. **Цели** оказания медицинской помощи (нужное подчеркнуть): сохранение физического и психического здоровья человека; поддержание его долголетней активной жизни.
3. **Возможные варианты** медицинских вмешательств (нужное подчеркнуть): выполняемые медицинским работником (работниками) по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

ПАЦИЕНТ: _____
подпись

4. **Профилактика** - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

Диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

Лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника (работников), целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

5. **Содержание исследования, методы и способы** оказания медицинской помощи:

Мочевой тест на беременность – это лабораторное исследование, необходимое для определения патологических процессов в организме женщины. Тест дает возможность выявить наличие самой беременности и определить точный срок, ведь исследование определяет гормон ХГЧ и его количество в крови женщины.

Ранние диагностические методики, в том числе тест на беременность, позволят:

- Принять решение. Если пациентка планирует сохранить беременность, важно своевременно провести все исследования и вычислить вероятные риски развития патологических заболеваний у плода. На первых неделях у женщины есть возможность принять решение сохранить или прервать вынашивание.
- Не нанести вред. На начальных сроках эмбрион очень восприимчив к воздействию лекарственных препаратов. Многие мамы, не зная о своём положении, принимают сильные препараты и курят.

Первые признаки беременности, в большинстве случаев, проявляются через неделю после овуляции. До этого яйцеклетка, оплодотворенная сперматозоидом, идет по маточным трубам к матке. Там происходит внедрение и закрепление в слизистой оболочке, где все 9 месяцев будет развиваться зародыш.

Сразу же после закрепления плодного яйца начинается выработка специализированного гормона — хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). Выявление его в женском организме — одно из первичных свойств наличия беременности. В совокупности с ним идет задержка менструального цикла.

Исследование мочи в лабораторных условиях для выявления рекомендовано проводить на 4-5 день задержки менструального цикла. Для того, чтобы убедиться в точности показателей, анализы можно сделать повторно через 2-3 дня.

Для обнаружения четкого количества ХГЧ в моче исследуют порцию, взятую с утра. При приеме гормонов пациентка должна сообщить об этом мед. персоналу.

С методами и способом исследования ознакомлен(а).

_____ (_____)

подпись *ФИО*

Возможные осложнения:

при этом мною осознается, что исследование не имеет осложнений.

Прошу медицинского работника

провести мне процедуру **Проведение мочевого теста на беременность**. Я осознаю все возможные

ПАЦИЕНТ: _____
подпись

последствия данного вмешательства.

При этом мне также разъяснено, мною осознается и подписанием настоящего согласия четко и однозначно я выражаю свою волю и даю согласие на то, что, если в ходе указанного медицинского вмешательства возникнет необходимость изменения указанных методов и способов оказания медицинской помощи, то медицинский работник (работники) имеет право изменить данные методы и способы оказания медицинской помощи на свое усмотрение.

Я также уполномочиваю медицинского работника (работников) выполнить любую процедуру, медицинскую манипуляцию или какое-либо дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в связи с возникновением осложнений и иных последствий после операции, а также проведение различных видов консервативного лечения (внутривенное или внутримышечное введение необходимых лекарственных препаратов). Объем лечения со мной согласован, мне разъяснен.

6. Я осознаю, что психологические факторы риска, связанные с данной процедурой (медицинским вмешательством), не могут быть полностью предсказуемыми, даже при согласованном планировании результата и совершенном техническом выполнении процедуры, и я принимаю такие условия.

Я убежден(а), что медицинский работник (работники) запланировал результат, адекватный моим ожиданиям и что ожидаемая мною польза от медицинского вмешательства превышает поименованные факторы риска. Придя к такому заключению, я принимаю на себя всю полноту ответственности за мое решение подвергнуться медицинскому вмешательству.

7. Я понимаю, что предусмотренное настоящим информированным согласием медицинское вмешательство будет выполнено только после предварительного обследования врачом.

8. Предполагаемые **результаты** оказания медицинской помощи: достижение исполнения предмета договора, заключенного между Исполнителем и Пациентом, **Проведение мочевого теста на беременность**.

• Я отрицаю у себя наличие следующих противопоказаний к процедуре: процедура не имеет противопоказаний.

Назначения врача:

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского работника (работников), своевременно сообщать о неприятных ощущениях в области ран, а также добросовестно являться на контрольный осмотр по указанию медицинского работника (работников).

Мною осознается и понимается, что гарантируемый успех медицинского вмешательства зависит от индивидуальных особенностей организма и полного взаимопонимания между пациентом и врачом, неукоснительного соблюдения рекомендаций в послеоперационном периоде. Я понимаю это и осознаю, что в случае моего несоблюдения данных мне рекомендаций вся ответственность за наступление каких-либо негативных последствий лежит исключительно на мне.

Подписанием настоящего согласия я заявляю, что мне не известно о моей повышенной чувствительности (аллергии) к медикаментам, кроме _____.

Я подтверждаю, что на момент медицинского вмешательства не имею противопоказаний для выполнения мне медицинского вмешательства, обо всех имеющихся у меня заболеваниях я письменно сообщил (а) Исполнителю и медицинским работникам в моей анкете.

Я являюсь практически здоровым и не имею заболеваний, которые могут повлечь причинение вреда моей жизни и здоровью.

Имеющиеся у меня хронические заболевания:

Настоящим заявляю, что в случае несообщения мною «Исполнителю», медицинскому работнику (работникам) об имеющихся у меня заболеваниях, противопоказаниях, аллергических реакциях и т.д. все риски и всю ответственность за последствия, наступившие вследствие этого, я беру на себя.

Подписанием настоящего согласия я подтверждаю, что представленные мною «Исполнителю», медицинскому работнику (работникам) результаты исследований состояния моего здоровья (в том числе, анализов) (состояния здоровья представляемого) я беру на себя, а равно подтверждаю, что в случае несообщения мною «Исполнителю», Лечащему врачу всех необходимых сведений о себе или сообщения неполных и (или) недостоверных сведений, предоставление недостоверных результатов исследований состояния моего здоровья (в том числе, анализов) (состояния здоровья представляемого), а равно предоставление результатов исследований состояния здоровья (в том числе, анализов), принадлежащих не мне, повлекших за собой любые осложнения, а равно иные негативные последствия для меня (представляемого) «Исполнитель», медицинский работник (работники) за наступившие последствия ответственности не несут.

Мне понятно и мною осознается, что несоблюдение рекомендаций (в том числе однократное) и указаний «Исполнителя», медицинского работника (работников) увеличивает риски наступления негативных последствий для моего здоровья (здоровья представляемого), в том числе снижает качество и (или) делает невозможным оказание и (или) завершение медицинских услуг надлежащего качества.

Я ознакомлен(на) с прейскурантом цен «Исполнителя» на платные медицинские услуги, обязуюсь оплатить стоимость услуг в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, действующем на момент такой оплаты.

Мною осознается, что за оставленные без присмотра или не сданные на хранение вещи и ценности администрация ответственности не несёт.

Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания (показаний к медицинскому вмешательству) я могу получить медицинскую помощь в других медицинских учреждениях (клиниках), и настоящим подтверждаю свою волю и согласие на получение такой медицинской помощи у «Исполнителя» (в ООО «Диагностический центр здоровья матери и плода»).

Мною лично прочтены все перечисленные выше сведения, которые мне понятны, мною осознаются и принимаются.

Мною добровольно, осознанно и свободно дано настоящее согласие на вмешательство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись, ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись, ФИО медицинского работника (работников))

“ _____ ” 202 ____ г.
(дата оформления)