

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на предоставление ему медицинской услуги (курса услуг)
«Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей»
(А04.12.002.002 - Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей)
в ООО «ВЕНЗДРАВ»,

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Я,

являясь законным представителем _____,

даю информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление медицинской услуги (курса услуг) **«Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей» (А04.12.002.002 - Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей)** (далее по тексту – Услуга) ООО «ВЕНЗДРАВ», расположенном по адресу: г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, д.38\16 помещ.112 (далее по тексту – Клиника).

Причины предоставления Услуги: наличие моего желания, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

Описание Услуги. Ультразвуковая доплерография нижних конечностей основана на эффекте Доплера. Он заключается в отражении волн ультразвука от движущихся форменных элементов крови. Отраженные волны принимает датчик, и на их основе строится цветная картинка на экране монитора.

Процедуру выполняют в положении стоя или лежа. На кожный покров наносится акустический гель, благодаря которому создается хороший контакт и легкое скольжение датчика. Во время УЗИ врач прикладывает датчик к контрольным точкам в проекции сосудов нижних конечностей. Исследование показывает скорость кровотока, степень нарушения проходимости сосудов, участки стеноза. Благодаря дуплексному сканированию можно убедиться в состоятельности венозных клапанов, перфорантных вен и стенок сосудов. Диагностика позволяет обнаружить аневризмы, тромбы и их подвижность, клапанную патологию, атеросклеротические бляшки, деформации вен и артерий.

Цели предоставления Услуги: распознавание физиологических и патологических состояний, установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, травм, пороков развития для определения диагноза, выбор мероприятий по ведению и лечению пациента, контроль за осуществлением этих мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием или заболеванием, осуществление медицинских вмешательств под контролем ультразвукового исследования.

Показания к предоставлению Услуги: решение о возможности проведения ультразвукового исследования и конкретного метода (методов) принимает врач ультразвуковой диагностики с учетом обоснованности назначения, наличия медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению ультразвукового исследования, риска осложнений. В случае выявления патологии при проведении ультразвукового исследования врач ультразвуковой диагностики самостоятельно расширяет границы анатомической области, подлежащей обследованию и результат ультразвукового исследования отразить в протоколе ультразвукового исследования. При проведении ультразвуковых исследований врач ультразвуковой диагностики выполняет измерения непосредственно во время проведения ультразвуковых исследований и (или) при постпроцессинговом анализе сохраненной в памяти ультразвукового аппарата информации. По результатам ультразвукового исследования в день его проведения составляется протокол.

Противопоказания к предоставлению Услуги: я (представляемый) осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после ультразвукового исследования. Я (представляемый) уполномочиваю врача выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я (представляемый) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических, психоактивных и токсических средств.

Иные противопоказания к предоставлению Услуги обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Рекомендованный курс предоставления Услуги: индивидуальный.

Риски при предоставлении Услуги: несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких месяцев; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции; временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

Альтернативные варианты предоставления Услуги. Я подтверждаю, что до принятия решения о предоставлении мне данной Услуги, я ознакомлен(на) с предложенными мне альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящем Согласии. Я осознанно выбираю данную Услугу из числа предложенных и согласен(на) на её предоставление.

Информация о своём здоровье. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что предоставление Услуги при существующих противопоказаниях к ней, могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к предоставлению Услуги, о которых мне сказал лечащий врач, у меня нет. При появлении у меня противопоказаний к предоставлению Услуги после подписания настоящего согласия обязуюсь уведомить об этом врача, предоставляющего мне Услугу. В противном случае ответственность за не уведомление лежит на мне.

Я признаю, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как и то, что я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Информирование об Услуге. Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы. Мне (представляемому) разъяснена альтернатива проведению ультразвукового исследования (динамическое наблюдение) и возможность вообще не обследоваться и не лечиться. Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии на предложенное мне (представляемому) ультразвуковое исследование. В случае отказа от проведения ультразвукового исследования всю ответственность за исход беру на себя.

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я (представляемый) подтверждаю свое согласие на обработку моих (представляемого), персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение. Обращение в стороннее медицинское учреждение. Я согласен(а) с тем, что в период предоставления Услуги (курса услуг) без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения предоставления Услуги (курса услуг) или устранения допустимых реакций организма, осложнений - исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную Услугу.

Использование данных. Я информирован(а), что Клиника оставляет за собой право на фото- и видеосъемку (фото- и видеопотоколирование) меня в до и послеоперационный (послеоперационный) период для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса предоставления Услуги, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях.

Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, географию и продолжительность их использования, способы их редактирования.

Я согласен(а), что Клиника имеет право использовать фото- и видеоматериалы для создания рекламных полиграфических изделий (листовок, каталогов), во всех периодических и непериодических изданиях как иллюстрации к статьям, на официальном сайте Клиники, а также на других сайтах в сети «Интернет», в любых видах наружной рекламы без дополнительного вознаграждения.

Я согласен(а), что Клиника не будет согласовывать со мной планируемые к использованию фото- и видеоматериалы.

Я согласен(а), что Клиника не будет использовать мои настоящие персональные данные, включая ФИО и возраст при публикации фото- и видеоматериалов.

Я осознаю и даю согласие, что в процессе размещения фото- и видеоматериалов с моим участием в открытых источниках, может быть разглашена информация о факте моего обращения в медицинское учреждение Клиники.

Я согласен(а), что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться Клиникой для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует моего письменного согласия на обработку биометрических данных.

Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя):

Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:
