

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №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, _____<br>(фамилия, имя, отчество - полностью)                                                                                  |
| паспорт: _____<br>(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 в \_\_\_\_\_ отделении БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что его врачи-специалисты при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики будут выполнены в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.06.2020 года № 557 н «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований».

Мне (представляемому) понятно, что ультразвуковые исследования проводятся с целью распознавания физиологических и патологических состояний, установления факта наличия либо отсутствия заболеваний, травм, пороков развития для определения диагноза, выбора мероприятий по ведению и лечению пациента, контроля за осуществлением этих мероприятий, динамического наблюдения за состоянием или заболеванием, осуществления медицинских вмешательств под контролем ультразвукового исследования.

Ультразвуковая диагностика включает в себя следующие виды ультразвуковых исследований:

- чрескожное ультразвуковое исследование;
- трансагинальное ультразвуковое исследование;
- трансректальное ультразвуковое исследование;
- чреспиллорное ультразвуковое исследование;
- внутриматочное ультразвуковое исследование;
- интраоперационное ультразвуковое исследование.

Мне (представляемому) объяснено и понятно, что 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.

В диагностически сложных случаях врач ультразвуковой диагностики в целях вынесения заключения по результатам ультразвукового исследования может привлекать для проведения консультаций других врачей-специалистов учреждения, либо врачей-специалистов, направивших пациента, а также врачей-специалистов иных медицинских организаций, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Настоящим я (представляемый) добровольно \_\_\_\_\_ (вписать: «даю», «не даю») согласие на проведение мне (представляемому) ультразвукового исследования (вписать вид ультразвукового исследования): \_\_\_\_\_ и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» о его проведении.

Мне (представляемому) лечащим врачом объяснены и понятны суть моего (представляемого) состояния/заболевания, опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с процедурой проведения предстоящего мне (представляемому) диагностического исследования и я (представляемый) понимаю особенности и ход предстоящего ультразвукового исследования.

Мне (представляемому) разъяснено и я (представляемый) осознаю, что во время ультразвукового исследования могут возникнуть обстоятельства, препятствующие его выполнению или выявиться ситуация, требующая изменения плана обследования. В такой ситуации врач должен поступить согласно возникшим обстоятельствам.

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.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю свое согласие на госпитализацию меня (представляемого) в стационар.

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 БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» (далее – «Оператор») на обработку моих (представляемого), моего (представляемого) ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего (представляемого) здоровья и здоровья моего (представляемого) ребенка, заболеваний, 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. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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 (нужное подчеркнуть) на проведение ультразвукового исследования. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

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

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

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

Переводчик (если использовался) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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.<br>Дата: «___» _____ 20__ г.      Время: _____ час _____ мин.<br>Врач _____ (_____)<br>Врач _____ (_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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 отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (нужное подчеркнуть).<br>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.<br>Дата: «___» _____ 20__ г.      Время: _____ час _____ мин.<br>Врач _____ (_____)<br>Врач _____ (_____)<br>Врач _____ (_____) |