

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____ « » _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина,)

на основании:

- Федерального закона №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- Приказа МЗ РФ №1051н от 12.11.2021г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства».
- Приказа МЗ и социального развития РФ № 390н от 23.04.2012г. «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств»:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи.

Перечень:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (взятия и анализа биоматериала (крови, мочи, других биологических жидкостей и тканей).
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов (прием таблетированных препаратов) по назначению врача (врач ООО «Здоровье семьи»), в том числе внутримышечно и/или внутривенно (с применением анестетика), подкожно, внутрикожно, струйно, капельно, в суставы, в том числе методом электрофореза. Введение препарата на основе ботулинического токсина проводится амбулаторно в условиях процедурного кабинета.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

В медицинском центре ООО «Здоровье семьи», медицинским работником

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

в доступной для меня форме мне 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.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, а также разъяснения о возможных осложнениях, рисках и последствиях, подтверждаю, что мне понятны используемые термины.

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 ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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, в том числе после смерти:

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

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

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

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, заполнив «Анкету анамнеза жизни». В случае сокрытия мной этих сведений я понимаю, что поставленный диагноз может быть неполным, а назначенное лечение неадекватным, и я согласен(на), что врач в этом случае не несет ответственности за результаты лечения.

Я осознаю, что нерегулярный прием назначенных препаратов в указанных врачом дозировках, несоблюдение правил подготовки к лабораторным исследованиям и рекомендаций медицинских работников, могут повлиять на результаты исследований, а значит осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я проинформирован(а) об альтернативных методах лечения и о преимуществах данного вида лечения. Я также ознакомлен(а) с действием данных лекарственных препаратов. Мне сообщено о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменении состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применении лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

Я предупрежден(а), что в случае отказа от предлагаемого метода исследования, диагноз может быть неполным, а лечение неадекватным, и врач, в этом случае, не несет ответственности за результаты лечения.

Я осознаю, что проведение любого лечебно-диагностического вмешательства связано с возможностью появления непреднамеренных осложнений: аллергическая реакция в месте укола, инфильтрат, гематома, абсцесс, воздушная эмболия, липодистрофия.

Несмотря на то, что функциональные и рентгенологические (в том числе ультразвуковые) методы обследования являются безопасными и эффективными способами обследования как отдельных органов, так и систем, их результаты, на основе которых ставится диагноз, не являются точными на 100%. В малой доле случаев, проблема может быть не обнаружена, или же диагноз может быть поставлен неправильно.

Я понимаю возможность возникновения необходимости в проведении повторных и дополнительных вмешательств, в т.ч. для обеспечения надлежащего качества истребованной медицинской услуги и добровольно даю согласие на проведение мне таких вмешательств.

Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых лечащий врач сочтет необходимыми.

Я уведомлен(а) о том, что истребованные мной медицинские услуги, частично или полностью, могут входить в Программу госгарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Я уведомлен(а) о необходимости своевременно получить медицинские документы, являющиеся результатом оказания платных медицинских услуг и даю свое согласие считать такие документы актом выполненных работ.

Я даю свое согласие и прошу считать, в случае моего обращения к Исполнителю в течение 14 (четырнадцать) дней после исполнения договора, что услуги оказаны надлежащим образом, по номенклатуре, количеству, качеству и иным характеристикам оказанной медицинской услуги претензий не имею.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 2

(дата оформления)