ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского вмешательства

Мне, _____,
_____года рождения, зарегистрированному (-ой) по адресу_____
_____,разъяснены сведения о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка; лица, чьи права и законные интересы я представляю) и необходимый и подлежащий выполнению в связи с этим объём диагностических и лечебных манипуляций.

Руководствуясь ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), Я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу **ООО «Приоритет диагностика»** выполнение ниже перечисленных манипуляций, необходимых и показанных мне / _____ *(подчеркнуть или зачеркнуть)* / *(указать степень родства и вписать имя ребёнка или лица, чьи права и законные интересы я представляю)*.

Заключая Договор возмездного оказания медицинских услуг с **ООО «Приоритет диагностика»,** я даю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также, среднему медицинскому персоналу добровольное согласие на выполнение необходимых и показанных мне (моему ребенку; лицу, чьи права и законные интересы я представляю) медицинских манипуляций и вмешательств, в том числе:

1.сбор анамнеза, представляющий собой сбор методом опроса пациента с целью получения полноты сведений о пациенте, его заболевании, выяснения продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространённости процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, профессии, предыдущего лечения с целью установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов лечения и профилактики, проведения дотестового и послетестового консультирования;

2.проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния организма: определение роста, веса, иных функциональных признаков;

3.выполнение термометрии с целью оценки температуры тела и возможных болезненных состояний;

4.выполнение тонометрии (измерения артериального давления) для определения показателей кровяного давления;

5.выполнение осмотра, в том числе пальпации (метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки для определения свойства тканей и органов, их положения, величины, формы, консистенции, подвижности, топографических соотношений, а также болезненности исследуемого органа), перкуссии (метода медицинского обследования, заключающегося в постукивании отдельных участков тела и анализе возникающих при этом звуковых явлений с целью определения топографии внутренних органов, физического состояния и функции лёгких, сердца, желудка, печени, селезёнки), аускультации (метода физикальной диагностики, заключающегося в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов), отоскопии (визуального метода исследования наружного слухового прохода, барабанной перепонки, среднего уха посредством отоскопа - прибора со встроенными оптическими и осветительными элементами, вводимого вращательными движениями в ушное отверстие на глубину 1-1,5 см после предварительного очищения ушного отверстия от нагноений, серы и эпителия, наклоняемого для осмотра во всех направлениях для диагностики и лечения заболеваний органов слуха), риноскопии (метода исследования носовой полости с целью её осмотра через носовое отверстие при помощи носового зеркала или через рот и носоглотку при помощи шпателя), фарингоскопии (метода визуального исследования глотки с использованием шпателя, носоглоточного или гортанного зеркал, лобного рефлектора и других инструментов), непрямой ларингоскопии (метода визуального исследования гортани с помощью гортанного зеркала), вагинального исследования для женщин (гинекологического осмотра в гинекологическом кресле, включающего осмотр наружных половых органов, области заднего прохода, внутреннего осмотра влагалища и шейки матки при помощи медицинских зеркал, ручное влагалищное исследование посредством введения во влагалище указательного и среднего пальцев), кольпоскопии для женщин (диагностического осмотра входа во влагалище, стенок влагалища и влагалищной части шейки матки при помощи кольпоскопа), ректального исследования (пальцевого и инструментального обследования, выполняемого через просвет прямой кишки с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих её органов и тканей);

6. выполнения стоматологического осмотра, в том числе, инструментального, для определения необходимого комплекса базовых и/или альтернативных процедур, показанных Пациенту;

7. проведение неинвазивных исследований и лечебных манипуляций в отношении функций нервной системы;

8. выполнение всех видов лабораторных методов обследования, включая катетеризацию, с забором биологического материала, проведение аллергологических скарификационных проб, диагностики дерматитов, с целью выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней; при возникновении производственной травмы колюще режущим инструментом у медицинского сотрудника, не возражаю пройти экспресс-тестирование на гемоконтактные инфекции (ВИЧ);

9. выполнение дерматологических исследований, трихоскопии, санитарной обработки пациента;

10. при необходимости назначать дополнительные методы обследования/лечения.

Мне известно, что выполнение показанных мне (моему ребёнку; лицу, чьи права и законные интересы я представляю) медицинских вмешательств необходимо с целью уточнения диагноза, оценки состояния моего здоровья (здоровья моего ребёнка; лица, чьи права и законные интересы я представляю), определения дальнейшего хода лечения и прогноза течения заболевания, а также с целью реализации плана лечения.

Мне известно и понятно содержание, характер и цели выполнения показанных мне (моему ребёнку; лицу, чьи права и законные интересы я представляю) медицинских манипуляций, включая вышеперечисленные манипуляции и виды вмешательств.

Мне известно и понятно, в чём именно в процессе выполнения медицинского вмешательства состоит воздействие на моё здоровье (здоровье моего ребёнка; лица, чьи права и законные интересы я представляю) и наступление каких возможных последствий для моего здоровья в итоге оказания услуги является допустимым с охватом как ожидаемых желательных, так и возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений, в том числе возможность возникновении неприятных и (или) болевых ощущений во время и после процедур.

Мне известно, что в процессе оказания медицинской услуги мне (моему ребёнку; лицу, чьи права и законные интересы я представляю) может потребоваться выполнение манипуляций и вмешательств, не указанных в настоящем информированном добровольном согласии. При возникновении таких обстоятельств и объективной невозможности получения моего согласия на выполнение таких вмешательств (в случае необходимости экстренного медицинского вмешательства для предупреждения наступления неблагоприятных последствий для моего здоровья (здоровья моего ребёнка; лица, чьи права и законные интересы я представляю)) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснены последствия такого отказа, в том числе я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: прогрессирование заболевания, невозможность проведения полной диагностики заболеваний и состояний пациента, невозможность выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, что в совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги. При этом Клиника не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я даю согласие на передачу информации о состоянии моего здоровья / состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь _____

(фамилия, имя, отчество лица, которому могут быть переданы сведения о состоянии здоровья пациента)

При подписании настоящего Информированного добровольного согласия Пациенту (его законному представителю, его представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна.

Пациент (его законный представитель, его представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, принял решение получить медицинское вмешательство на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе обследования и лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

Иные вопросы у Пациента (его законного представителя, его представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемого медицинского вмешательства.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно (до отзыва).

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснено, что я в любое время могу отозвать данное согласие удобным для меня способом.

Пациент (законный представитель):

_____/_____/«__»_____20_г.

(Подпись) *(Ф.И.О. пациента или законного представителя, полностью)*

Медицинский работник:

_____/_____/ «__»_____2__г.

(Подпись) (Ф.И.О.)