

Информированное добровольное согласие на лечение и на виды медицинских вмешательств

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в ООО "Мед-Скан", имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-60-01-000918 от 01.08.2019г. выдана Комитетом по здравоохранению Псковской области.

я, <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО>

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

проживающий/ая по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздрава России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании первичной медико-санитарной помощи в ООО «Мед-Скан» (г. Псков, ул. Льва Толстого, д.1) мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Перечень видов медицинских вмешательств

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.
10. Функциональные методы обследования, в том числе ультразвуковая диагностика, 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 по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, внутрисуставно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Я поставлен в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращение неблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

1. Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, я понял цели медицинского вмешательства и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных раньше.
2. Мне известно, что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Я понимаю, что медицинское вмешательство проводится на поврежденных при травме или пораженных заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100 % гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.
3. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или после него могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, могут удлиниться общие сроки лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.
4. До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустраняемым нарушениям структуры и функции поврежденных органов (тканей, конечностей, отделов), что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО>

Подпись

Ф.И.О. гражданина, законного представителя

Дата: «<ДАТА_Д>» <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.