

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированному(-ой) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

получил (-а) в понятной для меня форме всю интересующую меня информацию о медицинских услугах и о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), необходимый и подлежащий выполнению в связи с этим объем диагностических и лечебных манипуляций. Заключая Договор на оказание платных медицинских услуг с ООО «Новая клиника «АБИА», я даю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу информированное добровольное согласие на выполнение необходимых и показанных мне/представляемому _____

_____ медицинских манипуляций и вмешательств, в том числе:

- сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой сбор методом опроса пациента совокупности сведений о пациенте и его заболевании, выяснение продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространенности процесса, симптомов Заболевания, семейного анамнеза, профессии, предыдущего лечения с целью установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов лечения и профилактики, проведение дотестового и послетестового консультирования в соответствии с методическими рекомендациями;
- проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния организма: определение роста (посредством ростомера), веса (посредством взвешивания на медицинских весах), некоторых функциональных признаков - окружности грудной клетки (посредством сантиметровой ленты), жизненной емкости легких (посредством совершения вдохов и выдохов в специальный прибор), мышечной силы кистей и мышц разгибателей спины, определение окружности плеча, предплечья, бедра, голени, живота, шеи и диаметра грудной клетки, передне-заднего ее размера, диаметра таза и т.д.;
- выполнение термометрии с целью оценки температуры тела для определения лихорадочных и гипотермических состояний;
- выполнение тонометрии, т.е. измерения артериального давления при помощи тонометра, манжет которого одевается на запястье или плечо, сдавливает артерию, определяя показатели кровяного давления;
- выполнение осмотра, в том числе пальпации (метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони осязающей 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 звуковых явлений, возникающих при этом с целью определения топографии внутренних органов, физического состояния и функции легких, сердца, желудка, печени, селезенки), 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 ее 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 др. инструментов), непрямой ларингоскопии (метода визуального исследования гортани с помощью гортанного зеркала), вагинального исследования для женщин (представляющего собой гинекологический осмотр 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), ректального исследования (пальцевого и инструментального обследования, выполняемого через просвет прямой кишки с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей);
- неинвазивные (без проникновения внутрь организма) исследования и лечебные манипуляции в отношении органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- выполнение лабораторных методов обследования (забор анализов крови, мочи, кала и других биологических сред и тканей), в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, т.е. методов исследования химических и физических свойств биологических жидкостей и тканей пациента с целью выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней;
- проведение эндоскопических исследований, включая фиброгастродуоденоскопию;
- проведение функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных) с целью выявления ранних, скрытых признаков заболевания и стадии его развития, определения показаний к проведению терапии, контроля эффективности лечения и прогноза его исхода;
- проведение всех видов лучевой диагностики, в том числе рентгенологические методы обследования, флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- пероральный прием лекарственных препаратов;
- парентеральное введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечные, внутривенные, подкожные, внутрикожные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции (при этом выбор способа введения препарата определяется химическими свойствами действующего вещества, степенью тяжести заболевания, расположением органа или системы, возможностью подбора дозировки препарата и скоростью наступления заболевания, расположением органа или системы, возможностью подбора дозировки препарата и скоростью наступления эффекта);
- проведение процедур медицинского массажа, т.е. целенаправленного равномерного механического раздражения участков тела пациента, осуществляемого посредством приемов, выполняемых с помощью рук массажиста, либо применения медицинской аппаратуры в профилактических (для общего укрепления организма), косметических (для достижения эстетического эффекта) и лечебных целях (в качестве самостоятельного метода лечения либо в сочетании с другими методами лечения), физиотерапевтических процедур;
- проведение лечебной физкультуры;

- зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д.;
 - наложение повязок различного рода;
 - переливание крови, ее компонентов и препаратов на основе крови.
 - оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация). В частности, мне разъяснено и понятно, что консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях: профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья; принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации). При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения. Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме.
- Мне разъяснены содержание и ожидаемый эффект указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая такие как: _____, нетрудоспособность и смерть.

Мне известно, что 100% гарантии благоприятных результатов, как конкретного медицинского вмешательства, так и лечения в целом не может быть дано.

Мне известно, что выполнение показанных мне/несовершеннолетнему медицинских вмешательств необходимо с целью уточнения диагноза, оценки состояния его здоровья, 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/несовершеннолетнему медицинских манипуляций, включая вышеперечисленные манипуляции и виды вмешательств.

Мне известно и понятно, в чем именно в процессе оказания медицинской услуги состоит воздействие на здоровье мое/несовершеннолетнего и наступление каких возможных последствий для его 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 возникновения неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур, развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отека мягких тканей, анафилактического шока), возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте инъекции, обуславливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции, токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развития длительного онемения в области инъекции, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, развития кровотечения, тромбоза, эмболии, воспалительного процесса, обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления, механического повреждения органа, воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, проникновения инфекции при нарушении техники безопасности введения препаратов, а также возможность развития неблагоприятного жизненного прогноза.

Мне также разъяснено, что в процессе оказания медицинской услуги мне/несовершеннолетнему может потребоваться выполнением 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 здоровья моего/несовершеннолетнего) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащего (дежурного) врача с последующим уведомлением главного врача.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Мне разъяснено и понятно, что отказ от выполнения показанных мне/несовершеннолетнему медицинских вмешательств, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, сокрытие информации о состоянии здоровья моем/несовершеннолетнего обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, осложнения процесса лечения, что в совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего/несовершеннолетнего.

Я предупрежден(-а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в связи с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я ознакомлен(-а) и обязуюсь соблюдать правила внутреннего распорядка для посетителей Клиники «АБИА».

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

Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, принял решение получить медицинскую услугу 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.

Все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы, и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции (включая детальный исход) мною осознан. Иные вопросы у Пациента (его законного представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской услуги.

Я ознакомлен(-а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(-на) с ними.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [п.5 ч.5 ст.19](#) Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись, ФИО Пациента (законного представителя))

(дата подписи)

Я ознакомлен(-а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(-на) с ними, вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы, и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции (включая летальный исход) мною осознан. Иные вопросы у меня отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской услуги несовершеннолетнему.

_____ / _____ /

«___» _____ 20___ г.

(подпись, ФИО законного представителя Пациента)

(дата подписи)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ / _____ /

«___» _____ 20___ г.

(подпись врача)

(ФИО врача, должность)

(дата подписи)