

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. № 5487-1.1.; приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н.

1. Мне, пациенту, или законному представителю пациента
(Ф.И.О.) _____

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий у моего ребенка.

2. Настоящим я доверяю Врачу _____
(в дальнейшем Врач) и его коллегам выполнить следующие виды медицинских вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование), антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховые функции, исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), инвазивные исследования, вмешательства, операции, катетеризации мочевого пузыря, лабораторные методы обследования (в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические), функциональные методы обследования (в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография), рентгенологические методы обследования (в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования), введение лекарственных препаратов по назначению врача (в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно), медицинский массаж, лечебная физкультура.

3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанные с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть

необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в п. 2 я доверяю Врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтет необходимым для улучшения состояния пациента.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно полностью мне понятно, что я удостоверяю своей подписью.

Я согласен (а) на переливание донорской крови и её компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость.

Я разрешаю моему Врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с лечебным процессом, и использовать их для научных и образовательных целей.

Подпись законного представителя пациента (ближайшего родственника):

(Фамилия, имя, отчество)

Подпись врача: _____

(Фамилия, имя, отчество)

От проведения указанных в п. 2: _____

отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от

а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть

Подпись законного представителя пациента (ближайшего родственника):

(Фамилия, имя, отчество)

Подпись Врача: _____

(Фамилия, имя, отчество)