

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского вмешательства**

(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____, _____ года рождения, получил(а) разъяснения относительно сведений о состоянии моего здоровья и необходимых и подлежащих выполнению в связи с этим объемом диагностических и лечебных манипуляций.

Я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу ООО «Наше Здоровье» выполнение необходимых и показанных мне / _____

(подчеркнуть или зачеркнуть) / (указать степень родства и вписать имя ребёнка)

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 (выяснении 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 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, манжета 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 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 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), риноскопии (метода исследования носовой полости с целью ее осмотра через носовое отверстие при помощи носового зеркала), отоскопии (метода визуального исследования наружного уха с помощью ушной воронки и осветителя), 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 (пальцевое и инструментальное обследование, выполняемое через просвет прямой кишки с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей). проведение неинвазивных (без проникновения внутрь организма) исследований органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

Выполнение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, т.е. методов исследовании 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 функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалографии, 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).

Выполнение рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии и рентгенографии с целью предварительной диагностики и последующего контроля хода лечения, т.е. метода оценки строения и функционирования различных органов и систем, основанного на качественном и/или количественном анализе пучка рентгеновского излучения (электромагнитных волн), прошедшего через тело человека.

выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента выполнение доплерографических исследований, т.е. ультразвукового скрининг-метода (необходимого и достаточного) диагностики состояния кровеносных сосудов, основанного на оценке изменения частоты ультразвуковых волн, отраженных от подвижных структур - форменных элементов крови (эффекте Допплера).

Введение лекарственных препаратов, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно (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 эффекта).

Выполнение 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).

Проведение лечебной физкультуры (метода лечения, состоящего в использовании движения как основной биологической функции организма человека).

Мне разъяснено, что выполнение показанных мне медицинских вмешательств необходимо с целью уточнения диагноза, оценки состояния моего здоровья, определения дальнейшего хода лечения и прогноза течения заболевания, а также с целью реализации плана лечения.

Мне разъяснено и понятно содержание, характер и цели выполнения показанных мне медицинских манипуляций, включая вышеперечисленные манипуляции и виды вмешательств.

Мне в доступной форме предоставлена информация о том, в чём именно в процессе оказания медицинской услуги состоит воздействие на моё здоровье 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 возникновения неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур,

развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отёка 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 тромбоза, эмболии, воспалительного процесса, обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления, механического повреждения органа, воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, проникновения инфекции, а также возможность развития неблагоприятного жизненного прогноза.

Мне также разъяснено, что в процессе оказания медицинской услуги мне 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 моего здоровья) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей.

Мне разъяснено и понятно, что отказ от выполнения показанных мне медицинских вмешательств обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, 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 подписании Информированного добровольного согласия (ИДС) пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна

Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах 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

Пациентом (его законным представителем) при подписании ИДС заданы врачу следующие вопросы, на которые получены следующие ответы:

Вопрос: _____

Ответ: _____

Вопрос: _____

Ответ: _____

Иные вопросы у Пациента (его законного представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской услуги.

_____ (_____) подпись Пациента (законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

_____ (_____) подпись врача «__» _____ 202__ г.