Приложение № 1
к приказу БУЗОО «ЦМР»
от «__» _____ 20__ года № __

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я _____
(фамилия, имя, отчество Пациента)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

_____

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя Пациента)

паспорт: _____ выдан: «__»_____20__ г. _____

_____

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

_____

являюсь законным представителем - _____
(матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

_____ Пациента:
(ребенка или лица, признанного недееспособным)

_____
(фамилия, имя, отчество Пациента)

_____ года рождения, проживающего(ую) по адресу: _____

_____

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому мной Пациенту) медицинского вмешательства, осуществляемого в Бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Центр медицинской реабилитации».**

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства**,** включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- _____;
- аллергические реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____

_____

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, в том числе обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена, о возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

_____

(указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих 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 электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожною. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура. 15 Физиолечение. 16. Биоакустичекская коррекция. 17.Психолдог. 18. Логопед. 19 Остеопатия.20. Озонотерапия. 21. Плазмолифтинг. 22. Колькоскопия. 23. Введение и удаление внутриматочной спирали (ВМС).

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

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

_____.

_____ _____

Подпись, фамилия, инициалы Пациента (законного представителя Пациента)

Дата: «___»_____ 202__ г.

_____ _____

Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника

Дата: «___»_____ 202__ г.

Примечание: в соответствии с частью 2 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 *(то есть в отношении несовершеннолетнего, а также в отношении признанного в установленном законом порядке недееспособным, если он по своему состоянию не способен дать информированное добровольное согласие)* ***и частью 2 статьи 54*** *(то есть в отношении несовершеннолетних, больных наркоманией, в возрасте младше шестнадцати лет и иных несовершеннолетних в возрасте младше пятнадцати лет)* ***настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;***

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения *(за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).*