

**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.

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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, 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, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура. 15. Физиолечение. 16. Биоакустическая коррекция. 17. Психолог. 18. Логопед. 19. Остеопатия. 20. Озонотерапия. 21. Плазмалифтинг. 22. Колькоскопия. 23. Введение и удаление внутриматочной спирали (ВМС). 24. Мануальная терапия.

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).**