

	<b>Ф 60: ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО</b>		
Приложение к медицинской карте № _____	Приложение 1 к SL 150	Дата: _____	Версия 1

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. , мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным):

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие Филиалу компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Медикал ЛТД» (далее – Филиал) на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **Филиале**, в том числе:

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, кардиоотография (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, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**Я подтверждаю, что** в доступной для меня форме **мне разъяснены** цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, в т.ч. возможных осложнений от вакцинации, также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

**Мне разъяснено**, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, 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", при этом одновременно мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.

**Я подтверждаю**, что мне была предоставлена возможность обсудить с медицинским работником, проводящим процедуру, все интересующие и непонятные мне вопросы.

**Я осознаю**, что нарушение врачебных рекомендаций, а также представленная мною неполная или некомпетентная информация о наличии у меня сопутствующих заболеваний, состояний, синдромов, отсутствии/наличии беременности, а так же перенесенных ранее и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, болезнях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, и других факторах, способных оказать негативное влияние, как на результаты предлагаемого мне медицинского вмешательства, так и лечения в целом, может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

**Я извещён(а)** о том, что медицинский работник не несёт ответственность за причинение вреда моему здоровью в

Подпись родителя/  
законного представителя \_\_\_\_\_

Подпись мед. работника \_\_\_\_\_

результате нарушения мною правил поведения пациента при проведении медицинского вмешательства, техники безопасности, отказа от медицинского вмешательства, а также требований медицинского работника при проведении медицинского вмешательства.

**Я признаю** право медицинского работника прервать проведение медицинского вмешательства в случае, если в ходе обследования будет выявлена невозможность продолжения процедуры по физиологическим или анатомическим причинам, а также в связи с иными факторами, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента.

**Я осведомлен**, что при проведении некоторых медицинских вмешательств, в том числе высокорисковых процедур, может потребоваться подписание специального информированного согласия или отказа от него, о чем я буду заранее предупрежден медицинским работником.

**Я удостоверяю**, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

**Я подтверждаю**, что я получаю платные медицинские услуги добровольно, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и/или на бесплатной основе (если применимо).

**Я проинформирован(а) о том**, что процедура проведения медицинского вмешательства **может быть болезненной**, что зависит от индивидуального порога чувствительности пациента.

**Я предупрежден и осознаю**, что отказ от предлагаемых медицинских вмешательств, несоблюдение лечебно-охранительного режима, диеты, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, в том числе привести к летальному исходу.

**Я утверждаю**, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врачей мною поняты и осознаны.

**Я ознакомлен(а) и согласен(а)** со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мне понятны.

**Я даю свое согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе предоставление (передачу) медицинской документации, право присутствовать на приеме, информацию о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений в том числе после смерти, следующими лицам:**

\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения, тел)

\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения, тел)

**Родитель/законный представитель**

\_\_\_\_\_

(ФИО полностью, подпись)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я подтверждаю, что я устно разъяснил(а) пациенту / опекуну пациента все сказанное выше с необходимыми подробностями и что он/она подписал(а) данный документ в моем присутствии после того, как я убедился(лась), что объяснение ему(ей) полностью понятно.

**Медицинский работник**

\_\_\_\_\_

(ФИО полностью, подпись)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.