

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, _____
Ф.И.О. гражданина, законного представителя

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный и проживающий по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в **Перечень определенных видов медицинских вмешательств**, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н для получения первичной медико-санитарной помощи в отношении лица, законным представителем которого я являюсь в медицинской организации, находящейся в **Акционерном обществе «Оздоровительный комплекс «Чайка», ИНН 2365023226, КПП 236501001, ОГРН 1142365000975, юридический и фактический адрес: 352847, Краснодарский край, Туапсинский район, с. Лермонтово, территория Оздоровительный комплекс «Чайка»**

(полное наименование медицинской организации)

Виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень	Согласие ДА/НЕТ
Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.	
Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, пульсоксиметрия (определение насыщения крови кислородом).	
Антропометрические исследования (рост, масса тела, индекс массы тела, окружность головы и грудной клетки, функция дыхания (спирометрия), сила мышц (динамометрия) и т.д.)	
Термометрия – измерение температуры тела.	
Тонометрия – измерение артериального давления, внутриглазного давления.	
Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.	
Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.	
Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	
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, электроэнцефалография.	
Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования по показаниям.	
Введение лекарственных препаратов по показаниям и назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, внутривенно-капельно, подкожно, внутривожно.	
Медицинский массаж	
Лечебная физкультура	

Виды медицинских вмешательств, в случае необходимости при возникновении неотложной и/или экстренной ситуации	Согласие ДА/НЕТ
Анестезиологическое пособие по показаниям и назначению врача с ЛПУ (поликлиника, стационар).	
Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств по показаниям и назначению врача с ЛПУ (поликлиника, стационар).	
Наложение гипсовых повязок по показаниям и назначению врача с ЛПУ (поликлиника, стационар).	
Закрытую репозицию при переломах по показаниям и назначению врача с ЛПУ (поликлиника, стационар).	
Промывание желудка по показаниям и назначению врача АО «ОК» Чайка» или врача ЛПУ.	
Очистительную и/или лечебную клизму по показаниям и назначению врача АО «ОК» Чайка» или врача ЛПУ (поликлиника, стационар).	
Первичную обработку ран, швов и наложение повязок по показаниям.	
Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов по показаниям и назначению врача с ЛПУ (поликлиника, стационар).	
Оказание гинекологической, урологической, наркологической и психиатрической помощи по показаниям, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности;	
Подпись гражданина, законного представителя	√

Своевременную изоляцию и/или госпитализацию в изолятор медицинской части АО «ОК «Чайка» по медицинским показаниям, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории Российской Федерации.	
Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами АО «ОК «Чайка» (ГБУЗ ЦТРБ № 1 МЗ КК г. Туапсе, ул. Армавирская, д.2 – детское и инфекционное отделение, ГБУЗ ЦТРБ № 2 МЗ КК пгт. Новомихайловский, ул. Речная, 2 – хирургическое отделение), организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории Российской Федерации.	

ДА/НЕТ

Я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с здоровьем представляемого, обо всех известных мне особенностях организма представляемого, включая информацию об аллергических реакциях и о гиперчувствительности к лекарственным препаратам и/или иным веществам.	
Я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех лекарственных препаратах, которые принимает представляемый.	
Я подтверждаю, что при предоставлении такой информации действовал(а) добросовестно, осознавая, что сокрытие или искажение таких сведений может неблагоприятно сказаться на результатах медицинского вмешательства и на состоянии здоровья представляемого.	
Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым.	
Я понимаю и принимаю необходимость полного и безоговорочного соблюдения рекомендаций и назначений медицинского работника, в том числе полученных Рекомендаций после проведения (исследования, процедуры, манипуляции и др.). Я подтверждаю, что мне известно о возможном появлении серьезных последствий и осложнений, связанных с невыполнением рекомендаций медицинского работника.	
Я подтверждаю, что внимательно прочел (ла) и понял (а) всю информацию о предстоящем мне (представляемому) медицинском вмешательстве, мне разъяснены его цели и методы, связанные с этим риски, последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.	
Я подтверждаю, что имел (а) возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы и получил (а) на них удовлетворяющие меня ответы.	
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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" - если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; в случае оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, если медицинское вмешательство необходимо для устранения угрозы жизни человека и отсутствует выраженный до начала оказания медицинской помощи отказ гражданина (его законного представителя) от медицинского вмешательства в отношении лиц, страдающих <u>заболеваниями</u> , представляющими опасность для окружающих; в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. (в данных случаях оформляется отказ от медицинского вмешательства с указанием вида медицинского вмешательства).	

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии здоровья представляемого лица, законным представителем которого я являюсь:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья моего ребенка не предоставлять.

√
_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)
(Заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребенка в АО «ОК «Чайка»)

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в АО «ОК «Чайка».

« _____ » _____ 20 _____ г. (дата заполнения)