

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство	
--	--

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я _____
(ФИО пациента, либо законного представителя),

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д. другое вмешательство: пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

будет проводить врач _____

и другие врачи ООО "ЮНИТИ " (ОГРН 1046758315010 ИНН 6729028502 КПП 672901001)

В исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив об этом пациента.

Я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу выполнение необходимых и показанных мне медицинских манипуляций и вмешательств, в том числе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), отоскопия.
3. Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).
4. Термометрия (измерение температуры тела).
5. Тонометрия (измерение давления).
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. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно, промывание лор-органов лекарственными препаратами.
10. Выполнение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, т.е. методов исследования химических физических свойств биологических жидкостей и тканей пациента с целью выявления патогенных и условно- патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней.
11. Проведение функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, суточного мониторинга, артериального давления, суточного мониторинга электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, реоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии, с целью выявления ранних, скрытых признаков заболевания и стадии его развития, определения показаний к проведению терапии, контроля эффективности лечения и прогноза его исхода).
12. Выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента.
13. 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).

Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

1. О целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;
2. О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;
3. О том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом

препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

4. О необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья

(представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

5. О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

6. О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО "ЮНИТИ", в том числе Правил внутреннего распорядка ООО "ЮНИТИ", врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

7. О том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;

- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;

- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг ООО "ЮНИТИ", в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом ООО "ЮНИТИ" и порядком оплаты услуг в Клинике;

- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг в ООО "ЮНИТИ" и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в ООО "ЮНИТИ".

Мне понятно, что данное согласие может быть отозвано по моему желанию по письменному заявлению.

Я проинформирован, что ООО "ЮНИТИ" не работает в системе обязательного медицинского страхования и программах госгарантий. Мне понятно, что реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, я имею возможность обратившись в иную медицинскую организацию, которая осуществляет свою деятельность в сфере услуг ОМС, и участвует в программах госгарантий.

Я свидетельствую, что получил разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, получать ответы на все интересующие вопросы.

Я проинформирован (а) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня (представляемого) со спецификой предстоящей медицинской услуги предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости повторного выполнения такой манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме. Я понимаю, что этот план лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, могущих повлечь изменение плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а, следовательно и его стоимости. Так же может возникнуть необходимость дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения надлежащего качества намеченного плана лечения.

Отказываясь от применения данных диагностических/лечебных манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого). Я понимаю, что факт дачи согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц,

обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию сотрудникам ООО "ЮНИТИ", участвующим в оказании услуги, в том числе в целях проведения внутреннего контроля качества.

Я разрешаю передавать копии моей медицинской документации (ФИО, степень родства) _____, а так же сообщать о состоянии моего здоровья.

Я разрешаю делать фото/видео протоколы моего лечения сотрудниками ООО "ЮНИТИ" для более качественного оказания мне услуги. Я _____ /разрешаю/не разрешаю/ использовать мои фото в социальных сетях ООО "ЮНИТИ".

(Фамилия И.О. пациента/законного представителя пациента) (Подпись)

Врач _____

(Должность, Фамилия И.О.) (Подпись) дата