

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ / _____ г.р., в соответствии с Федеральным Законом №323-ФЗ от 21.11.11г. «Об Основах охраны здоровья граждан в РФ» добровольно даю согласие на проведение мне следующих обследований, процедур и манипуляций:

1. опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
3. антропометрические исследования;
4. термометрия;
5. измерение артериального давления;
6. наложение медицинского жгута;
7. забор биоматериала из урогенитального тракта для медицинских лабораторных исследований;
8. проведение процедуры взятия крови с локтевой вены, вены тыла кисти рук, капиллярной крови пальца;
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, пикфлоуметрия, кардиотокография (для беременных).
11. ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
12. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

Я информирован(а) о целях, объемах, характере и возможных неблагоприятных эффектах предлагаемого обследования и лечения; о моих действиях до, после и во время проведения процедур и манипуляций.

Я информирован(а) о возможных временных дискомфортных ощущениях во время и после забора биологического материала, во время и после проведения диагностических процедур; о том, что после венепункции/скарификации пальца возможно получение малого количества крови для исследования, получение хилезной крови и крови с гемолизом, что может привести к невозможности выполнения лабораторного исследования и будет требовать повторного забора биоматериала.

Я информирован(а) о таких осложнениях, которые могут возникнуть после забора крови: появление подкожной гематомы в месте пункции, воспаление мягких тканей в месте пункции в результате нарушения пациентом рекомендаций медицинского персонала, развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции, повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я информирован(а) о том, что забор биоматериала из урогенитального тракта может сопровождаться болевыми ощущениями во время забора, а также в течение нескольких часов после проведенной манипуляции.

Я информирован(а) о том, что ультразвуковое исследование является безопасным для здоровья, однако в ряде случаев не позволяет установить предположительный диагноз ввиду физических основ ультразвука, особенностей визуализации различных патологических процессов, качества подготовки пациента к исследованию.

Я понимаю, что медицинский персонал будет предпринимать все необходимые меры для излечения меня, однако никаких гарантий излечения не может быть предоставлено. Я осознаю, что несоблюдение рекомендаций, бесконтрольное самолечение могут усложнить лечебный процесс и негативно отразиться на состоянии здоровья.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и/или лечения, а также возможные последствия отказа от обследования и/или лечения.

Я подтверждаю, что все интересующие меня вопросы были заданы и я получил(а) понятные мне ответы на них; что решение о проведении обследования и/или лечения принято мною осознанно, без принуждения и навязывания со стороны третьих лиц.

Я ознакомлен(а) со всем текстом данного документа и согласен(сна) со всем изложенным выше.

_____ подпись

_____ дата

Подписано в моем присутствии:

Медработник _____ (ФИО), _____ (должность), _____ (подпись)