

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства
в клинике ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», на основании предоставленной мне медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинских вмешательств, о их последствиях, также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи

(ФИО) _____ год рождения 1988

являясь законным представителем (ФИО) _____ год рождения _____

даю информированное добровольное согласие на следующие медицинские вмешательства

На обследование и лечение в стационаре, лучевые и инвазивные методы диагностики и лечения, инъекции, операции, анестезиологическое пособие, переливание компонентов крови

выполняемые _____ медицинским _____ работником

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данных медицинских вмешательств.

Получив полную информацию о предстоящих медицинских вмешательствах, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинские вмешательства.

Я информирован(а), что в ходе выполнения указанных выше медицинских вмешательств может возникнуть необходимость выполнения другого исследования, лечебного пособия или изменения объема оперативной помощи и даю согласие на их проведение для улучшения моего здоровья.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанных медицинских вмешательствах, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергических реакций и т.д.. Я информирован (а) о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

Я поставил (а) в известность специалиста обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах и вмешательствах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинских вмешательств не имеется, за исключением: _____

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению. Возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по 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.

Я также даю согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в ст. 3, ст. 5, ст. 6 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

В соответствии с ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я даю согласие на использование результатов медицинских вмешательств, проведенных научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в процессе, при условии обязательного обезличивания персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

Я проинформирован (а) о возможной аудио- и видеосъемке в процессе осуществления медицинских вмешательств и даю согласие на проведение и использование аудио- и видеозаписей.

Я разрешаю передать информацию о медицинских вмешательствах, состоянии здоровья следующим лицам:

Я даю согласие на участие обучающихся ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России в процессе оказания медицинской помощи.

Фамилия, инициалы и подпись пациента:

Фамилия, инициалы и подпись законного представителя:

Фамилия и подпись лечащего врача:

Дата: «16» 11