

ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Отделение

РССХ

«20» 02

20 20 г.

Настоящее информированное добровольное согласие пациента составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Мне

матери

(Фамилия, имя, отчество пациента — полностью)

(Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента — полностью)

разъяснены состояние моего здоровья (здоровья пациента) и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне (пациенту) диагнозу моего (пациента) заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю лечащему врачу: Матвинову А.К.

(далее - Врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне (пациенту) медицинские вмешательства

коррекция ВПС

3. Содержание указанных выше медицинских вмешательств, связанный с ними риск возможных последствий и осложнений, включая нетрудоспособность (временная или стойкая), инвалидность и летальный исход, мне известны.

4. Я предупрежден(а) о лучевой нагрузке во время вмешательств в условиях рентгеноперационной.

5. Я предупрежден(а) врачом-анестезиологом о возможных осложнениях и неблагоприятных последствиях, связанных с оперативным вмешательством в условиях общей анестезии (многокомпонентного наркоза), катетеризации центральных и периферических вен, артерий, мочевого пузыря, интубации трахеи, искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и искусственного кровообращения (ИК).

6. Я предупрежден(а) о возможности необычных, в том числе аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты и трансфузионные среды, а также о возможности применения методов, медикаментов и препаратов, находящихся в стадии официальной клинической апробации.

7. Я поставлен(а) в известность, что степень анестезиологического риска при оперативном вмешательстве определена как _____ степень по ASA-классификации, имеющей 7 степеней (1- операция у ранее практически здоровых пациентов; 2- операция на фоне легких заболеваний без нарушения функций жизненно важных органов; 3- операция на фоне тяжелых заболеваний с нарушением функций органов; 4- операция на фоне угрожающих жизни заболеваний; 5- высокий риск смертельного исхода в течение 24 часов без операции и после нее; 6- экстренная операция для больных 1-2 степени риска; 7- экстренная операция для больных 3-5 степени риска). Я хорошо понял(а) все разъяснения Врача.

8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне (пациенту), может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций и иных лечебных мероприятий, не указанных п.п. 1 и 2 настоящего информированного добровольного согласия. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения моего диагноза, улучшения моего состояния.

9. Я согласен(а) на переливание донорской крови и ее компонентов, иных разрешенных к применению в РФ растворов в случае возникновения такой необходимости.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами поведения для пациентов и правилами оказания медицинских услуг в ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова и обязуюсь соблюдать их.
В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информацию об этом доверюсь сообщать

(Ф.И.О. лица, которому пациент доверяет право получения информации)

телефон

адрес:

Я даю согласие на ознакомление с моей медицинской картой пациента, результатами обследований и всеми медицинскими данными врачам-специалистам, не являющимся сотрудниками ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова исключительно для проведения консультаций, рецензирования, проведения научных/клинико-экспертных и научно-контрольных комиссий.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего (пациента) заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

от Врача:

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью. Мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления и я осознанно принимаю решение о проведении мне (пациенту) медицинского вмешательства. Моё решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

пациент

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

в случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или достижения возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителей, опекуна):

законный представитель

подпись

Фамилия, имя, отчество - полностью

Я подтверждаю, что разъяснил пациенту/законному представителю пациента суть, цели лечения, проведение лечения, дал ответы на все вопросы, включая вопросы альтернативного лечения.

подпись

Фамилия (полностью), И.О.

Я отказываюсь в случае отказа от медицинского вмешательства:

проведения указанных в п.2 настоящего документа медицинских вмешательств, а также

не разъяснены возможные последствия такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, позднее лечение, нетрудоспособность (временная или полная утрата трудоспособности, инвалидность), летальный исход, что я и удостоверяю своей подписью:

подпись

(Фамилия, имя, отчество пациента - полностью)

в случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или достижения возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителей, опекуна):

законный представитель

подпись

Фамилия, имя, отчество - полностью

подпись

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Отделение ОАРс ПУТ ФКХ ЛУ

«20» февраля 2020 г.

Настоящее информированное добровольное согласие пациента составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Мне [подпись]
(Фамилия, имя, отчество пациента — полностью)

(Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента — полностью)

разъяснены состояние моего здоровья (здоровья пациента) и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне (пациенту) диагнозу моего (пациента) заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю лечащему врачу: Таритоновой Н.Н.
(далее – Врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне (пациенту) медицинские вмешательства анестезиологическое пособие, наркоз - диагностическое мероприятие в условиях интенсивной реанимации

3. Содержание указанных выше медицинских вмешательств, связанный с ними риск возможных последствий и осложнений, включая нетрудоспособность (временная или стойкая), инвалидность и летальный исход, мне известны.

4. Я предупрежден(а) о лучевой нагрузке во время вмешательств в условиях рентгеноперационной.

5. Я предупрежден(а) врачом-анестезиологом о возможных осложнениях и неблагоприятных последствиях, связанных с оперативным вмешательством в условиях общей анестезии (многокомпонентного наркоза), катетеризации центральных и периферических вен, артерий, мочевого пузыря, интубации трахеи, искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и искусственного кровообращения (ИК).

6. Я предупрежден(а) о возможности необычных, в том числе аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты и трансфузионные среды, а также о возможности применения методик, медикаментов и препаратов, находящихся в стадии официальной клинической апробации.

7. Я поставлен(а) в известность, что степень анестезиологического риска при оперативном вмешательстве определена как _____ степень по ASA-классификации, имеющей 7 степеней (1 - операция у ранее практически здоровых пациентов; 2 - операция на фоне легких заболеваний без нарушения функций жизненно важных органов; 3 - операция на фоне тяжелых заболеваний с нарушением функций органов; 4 - операция на фоне угрожающих жизни заболеваний; 5 - высокий риск смертельного исхода в течение 24 часов без операции и после нее; 6 - экстренная операция для больных 1-2 степени риска; 7 - экстренная операция для больных 3-5 степени риска). Я хорошо понял(а) все разъяснения Врача.

8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне (пациенту), может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций и иных лечебных мероприятий, не указанных в п.п. 1 и 2 настоящего информированного добровольного согласия. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения моего диагноза, улучшения моего состояния:

9. Я согласен(а) на переливание донорской крови и ее компонентов, иных разрешенных к применению в РФ растворов в случае возникновения такой необходимости.

10. Я разрешаю Врачу и его коллегам делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим лечебно-диагностическим процессом, и использовать их для научных и образовательных целей.

11. Об условиях получения данной медицинской услуги по программе ОМС, программе ДМС и платно, информирован(а).

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами поведения для пациентов и правилами оказания медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и **обязуюсь** соблюдать их.
13. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информацию об этом доверяю сообщить

(Ф.И.О. лица, которому пациент доверяет право получения информации)

контактный телефон _____ адрес: _____

14. Я даю согласие на ознакомление с моей медицинской картой (пациента), результатами обследования и другими медицинскими данными врачам-специалистам, не являющимся сотрудниками ФГБУ «НМИЦ» им. В.А. Алмазова исключительно для проведения консультаций, рецензирования, проведения врачебных/клинико-экспертных и лечебно-контрольных комиссий.

15. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего (пациента) заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

Вопрос: _____

Ответ Врача: _____

16. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью. Мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления и я осознанно принимаю решение о проведении мне (пациенту) медицинского вмешательства.

17. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное добровольное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Пациент _____

Подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителя, опекуна):

Законный представитель _____

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту/законному представителю пациента суть, план лечения, риск проведения лечения, дал ответы на все вопросы, включая вопросы альтернативного лечения.

Врач _____

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства:

От проведения указанных в п.2 настоящего документа медицинских вмешательств, а именно: _____

_____ **отказываюсь.**

Мне разъяснены возможные последствия такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, позднее лечение, нетрудоспособность (временная или полная утрата трудоспособности, инвалидность), летальный исход, что я и удостоверяю своей подписью:

Пациент _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителя, опекуна):

Законный представитель _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

Врач _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Отделение ОАР с РМП

« 4 » 02 20 20 г.

Настоящее информированное добровольное согласие пациента составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Мне

(Фамилия, имя, отчество пациента — полностью)

(Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента — полностью)

разъяснены состояние моего здоровья (здоровья пациента) и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне (пациенту) диагнозу моего (пациента) заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю лечащему врачу: Клименко И. С. Врач
(далее — Врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне (пациенту) медицинские вмешательства

не необходимые, хирургическое вмешательство
малого объема, эндоскопическое

3. Содержание указанных выше медицинских вмешательств, связанных с ними риск возможных последствий и осложнений, включая нетрудоспособность (временная или стойкая), инвалидность и летальный исход, мне известны.

4. Я предупрежден(а) о лучевой нагрузке во время вмешательств в условиях рентгенооперационной.

5. Я предупрежден(а) врачом-анестезиологом о возможных осложнениях и неблагоприятных последствиях, связанных с оперативным вмешательством в условиях общей анестезии (многокомпонентного наркоза), катетеризации центральных и периферических вен, артерий, мочевого пузыря, интубации трахеи, искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и искусственного кровообращения (ИК).

6. Я предупрежден(а) о возможности необычных, в том числе аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты и трансфузионные среды, а также о возможности применения методик, медикаментов и препаратов, находящихся в стадии официальной клинической апробации.

7. Я поставлен(а) в известность, что степень анестезиологического риска при оперативном вмешательстве определена как _____ степень по ASA-классификации, имеющей 7 степеней (1 - операция у ранее практически здоровых пациентов; 2 - операция на фоне легких заболеваний без нарушения функций жизненно важных органов; 3 - операция на фоне тяжелых заболеваний с нарушением функций органов; 4 - операция на фоне угрожающих жизни заболеваний; 5 - высокий риск смертельного исхода в течение 24 часов без операции и после нее; 6 - экстренная операция для больных 1-2 степени риска; 7 - экстренная операция для больных 3-5 степени риска). Я хорошо понял(а) все разъяснения Врача.

8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне (пациенту), может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций и иных лечебных мероприятий, не указанных в п.п. 1 и 2 настоящего информированного добровольного согласия. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения моего диагноза, улучшения моего состояния:

9. Я согласен(а) на переливание донорской крови и ее компонентов, иных разрешенных к применению в РФ растворов в случае возникновения такой необходимости.

10. Я разрешаю Врачу и его коллегам делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим лечебно-диагностическим процессом, и использовать их для научных и образовательных целей.

11. Об условиях получения данной медицинской услуги по программе ОМС, программе ДМС и платно, информирован(а).

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами поведения для пациентов и правилами оказания медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и **обязуюсь** соблюдать их.
13. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информацию об этом доверять сообщить

(Ф.И.О. лица, которому пациент доверяет право получения информации)

контактный телефон _____ адрес: _____

14. Я даю согласие на ознакомление с моей медицинской картой (пациента), результатами обследования и другими медицинскими данными врачам-специалистам, не являющимся сотрудниками ФГБУ «НМИЦ» им. В.А. Алмазова исключительно для проведения консультаций, рецензирования, проведения врачебных/клинико-экспертных и лечебно-контрольных комиссий.

15. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего (пациента) заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

Вопрос: _____

Ответ Врача: _____

16. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью. Мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления и я осознанно принимаю решение о проведении мне (пациенту) медицинского вмешательства.

17. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное добровольное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Пациент _____

Подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителя, опекуна):

Законный представитель _____

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту/законному представителю пациента суть, план лечения, риск проведения лечения, дал ответы на все вопросы, включая вопросы альтернативного лечения.

Врач _____

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства:

От проведения указанных в п.2 настоящего документа медицинских вмешательств, а именно: _____

_____ **отказываюсь.**

Мне разъяснены возможные последствия такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, позднее лечение, нетрудоспособность (временная или полная утрата трудоспособности, инвалидность), летальный исход, что я и удостоверяю своей подписью:

Пациент _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителя, опекуна):

Законный представитель _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

Врач _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Отделение ОПН-9

«24» 02 2020 г.

Настоящее информированное добровольное согласие пациента составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Мне _____

_____ (Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента — полностью)
разъяснены состояние моего здоровья (здоровья пациента) и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне (пациенту) диагнозу моего (пациента) заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю лечащему врачу: Ивановой К.Ф.
(далее — Врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне (пациенту) медицинские вмешательства согласно Перечню

3. Содержание указанных выше медицинских вмешательств, связанный с ними риск возможных последствий и

Приказ Министерства здравоохранения РФ
от 20 декабря 2012 г. № 1177н

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

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, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами поведения для пациентов и правилами оказания медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и **обязуюсь** соблюдать их.

13. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информацию об этом доверяю сообщить

(Ф.И.О. лица, которому пациент доверяет право получения информации)

контактный телефон _____ адрес: _____

14. Я даю согласие на ознакомление с моей медицинской картой (пациента), результатами обследования и другими медицинскими данными врачам-специалистам, не являющимся сотрудниками ФГБУ «НМИЦ» им. В.А. Алмазова исключительно для проведения консультаций, рецензирования, проведения врачебных/клинико-экспертных и лечебно-контрольных комиссий.

15. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего (пациента) заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

Вопрос: _____

Ответ Врача: _____

16. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью. Мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления и я осознанно принимаю решение о проведении мне (пациенту) медицинского вмешательства.

17. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное добровольное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Пациент _____

Подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителя, опекуна):

Законный представитель _____

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту/законному представителю пациента суть, план лечения, риск проведения лечения, дал ответы на все вопросы, включая вопросы альтернативного лечения.

Врач _____

подпись

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства:

От проведения указанных в п.2 настоящего документа медицинских вмешательств, а именно: _____

отказываюсь.

Мне разъяснены возможные последствия такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, позднее лечение, нетрудоспособность (временная или полная утрата трудоспособности, инвалидность), летальный исход, что я и удостоверяю своей подписью:

Пациент _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

В случае невозможности подписания настоящего документа пациентом вследствие его недееспособности или недостижении возраста 15-ти лет - подпись законного представителя (родителя, опекуна):

Законный представитель _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)

Врач _____

подпись

фамилия, имя, отчество (полностью)