



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Вы, как пациент, имеете право получить информацию о состоянии вашего здоровья и рекомендуемых хирургических, лечебных, диагностических и иных процедурах, используемых в нашем Центре для контроля над результатом лечения. Эта информация позволит Вам, зная риск и опасности, принять решение подвергнуться или воздержаться от предложенной Вам процедуры.

характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Я ознакомлен с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ФГБУ «НМИЦ ТО им.акад.Г.А.Илизарова» Минздрава России и обязуюсь их соблюдать.

В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю информированное добровольное согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеми, анализа мочи общего, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых, томографических, ангиографических, радиологических исследований, лечебных мероприятий: прием лекарственных средств разной формы изготовления, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур и иное. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Медицинским работником Колчин Сергей Николаевич, врач-травматолог-ортопед в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

Я информирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные средства и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств.

Я предупрежден и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских специалистов, режима приема лекарственных средств, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Настоящим я даю заверение о предоставлении медицинскому работнику полной информации о состоянии моего здоровья. моего здоровья. В случае предоставления недостоверной информации, имеющей значение для проведения медицинского вмешательства, несу ответственность в соответствии со ст.431.2 ГК РФ за наступившие последствия.

Я согласен на осмотр при необходимости медицинскими специалистами сторонних лечебно-профилактических учреждений, аспирантами, студентами медицинских вузов и колледжей, клиническими ординаторами, медицинскими сестрами, проходящими практику, ассистентами кафедры и курсантами из России и зарубежных стран исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на её проведение.

Я не возражаю, чтобы данные медицинской карты стационарного больного (истории болезни), рентгенограммы и иные диагностические материалы, фотографии использовались для публикаций о научной работе в статьях, монографиях, презентациях, слайд-фильмах и учебном процессе без идентификации, а именно: упоминания фамилии, изображения лица.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания родственникам, законным представителям.