

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.

Я Кавица Анна Анатольевна, 31.01.1986 года рождения,
(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий (ая) по адресу: г. Омск, г. Омск, ул. Октября, 1-85

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Я, _____,
Ф.И.О. полностью _____,
Паспорт/Доверенность № _____, выдан(ная): _____,
« _____ » _____ 20 _____ г., являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка _____ или _____ лица, _____ признанного недееспособным: _____,
_____ год рождения _____,
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью _____

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение

ОФП 5 Чп (указать название отделения и № палаты)

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), 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;

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

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) 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 (предупреждена) 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 (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен(а)/не согласен(а) при необходимости на осмотр 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 его проведение;

Я возражаю/не возражаю, чтобы данные моей 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 (ознакомлена) и согласен (согласна) 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 моего заболевания _____ родственникам, _____ законным представителям, _____
(Ф.И.О. полностью)

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

да.

(подпись пациента)

Расписался в _____
Врач _____
(Должность, И.О. Фамилия)

(подпись законного представителя)

(подпись)