

Зарегистрировано
в Министерстве юстиции
Российской Федерации
5 мая 2012 года,
регистрационный N 24082

**Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012 года N 390н**

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, рэоэнцефалография, 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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ-ДИАГНОСТИКИ "МЕДАР"**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником Главным врачом Неркарарьян Мариной Петровной 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

Неркарарьян Марина Петровна

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«___» _____ Г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(Блокада, диагностические и лечебные пункции)

Я (Ф.И.О.) _____

(Ф.И.О. законного представителя): _____

« _____ » _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о моем прохождении обследования и последующего лечения в **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»**, для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью. Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских вмешательств и манипуляций (по результатам первичного приема и назначенного плана лечения, в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций):

Лечебно-медикаментозная блокада — это инъекция обезболивающих препаратов в нервные сплетения, избавляющая от мышечных болей и спазмов в короткий срок. Суть процедуры лечебной блокады заключается в введении обезболивающего препарата в область наибольшей болезненности — триггерные точки в случае с напряженными мышцами и перегруженными суставами (блокада при болях в позвоночнике), а также в точках анатомического прохождения нервов и расположения нервных сплетений.

При проведении лечебной блокады (например блокада при болях в позвоночнике) наступает эффект обезболивания, который может быть не продолжительным по своей длительности (20–30 мин), но этого часто бывает достаточно, для того, чтобы активировался процесс восстановления нормального тонуса спазмированных мышц.

Пункция (лат. *punctio* — укол) — медицинская процедура, прокол стенки сосуда (чаще вены), полости или какого-либо органа с лечебной или диагностической целью. Часто производится с обеими целями сразу. Диагностическая пункция это забор биологического материала, используется в процедуре внутривенных инъекций. Лечебная пункция это введение лекарственных веществ, извлечение избытка жидкости или воздуха, проводимое в качестве лечения.

Я осведомлён, что все процедуры выполняются только по назначению врача и с применением лекарственных средств, указанных в назначении. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы данного медицинского вмешательства, связанный с ним риск, и возможные 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения.

Срок действия согласия – в соответствии со сроком действия договора.

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя гражданина)

(подпись)

(дата)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(гинекологические процедуры: введение, удаление ВМС, кольпоскопия)

Я (Ф.И.О.) _____

(Ф.И.О. законного представителя): _____

« _____ » _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о моем прохождении обследования и последующего лечения в ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР», для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью. Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских вмешательств и манипуляций (по результатам первичного приема и назначенного плана лечения, в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций):

Кольпоскопии - это медицинская процедура осмотра поверхности вульвы, стенок влагалища и шейки матки с целью диагностики заболеваний, которая производится с помощью специального аппарата — кольпоскопа.

Установка и извлечение внутриматочной спирали (ВМС). Внутриматочная спираль (ВМС) является одним из методов контрацепции для женщин. Она вводится врачом в полость матки.

Диатермокоагуляция – это хирургическая процедура, во время которой поврежденный эрозией участок слизистой прижигается высоковольтным электрическим током.

Получение аспирата - это процесс забора слизистой оболочки аспиратором, создающим отрицательное давление на ткани.

Цервикометрия - это измерение длины цервикального канала при помощи ультразвукового датчика.

Биопсия шейки матки – иссечение участка ткани с поверхности шейки матки для проведения лабораторного исследования.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы данного медицинского вмешательства, связанный с ним риск и возможные последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено и понятно, что процедура медицинского вмешательства может быть связана с возникновением неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедуры. Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты 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 работников, режима приема препаратов, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья; Я заявляю, что сообщила врачу обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа;

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение необходимых процедур. Мое решение является свободным. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения. Срок действия согласия – в соответствии со сроком действия договора.

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя гражданина)

(подпись)

(дата)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(Инфузия (внутривенное вливание), инъекция)

Я (Ф.И.О.) _____
(Ф.И.О. законного представителя): _____

« ____ » _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о моем прохождении обследования и последующего лечения в **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»**, для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью. Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских вмешательств и манипуляций (по результатам первичного приема и назначенного плана лечения, в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций):

ИНФУЗИЯ (внутривенное вливание) - медленное введение вещества, чаще всего в вену (внутривенное вливание (intravenous infusion)). Этот метод обычно применяется для восполнения утраченной жидкости и электролитов в организме, введения продуктов крови или для длительного введения лекарственных веществ (например, антибиотиков или обезболивающих лекарств), а также для питания больного.

Инъекция - способ парентерального введения в организм лекарственных и диагностических средств в виде растворов или суспензий в объеме до 20 мл путем их нагнетания под давлением в различные среды организма с помощью шприца или других инъекторов. Инъекции производят подкожно, внутрикожно, внутримышечно, внутривенно, внутриаартериально, при необходимости в лимфатические сосуды, в органы, а также внутрикостно, внутрисуставно, в спинномозговой канал.

Я осведомлен, что все процедуры выполняются только по назначению врача и с применением лекарственных средств, указанных в назначении. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы данного медицинского вмешательства, связанный с ним риск, и возможные последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено и понятно, что процедура медицинского вмешательства может быть связана с возникновением неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедуры, включая возможное появление гематомы на месте укола. Место венепункции, скарификации может стать входными воротами инфекции. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения. Срок действия согласия – в соответствии со сроком действия договора.

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя гражданина)

(подпись)

(дата)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАТИВНОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____
Законный представитель _____

подтверждаю, что по моей просьбе разъяснено о состоянии моего здоровья, диагноз и объем требуемой медицинской помощи, прогноз заболевания, опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Необходимости в более подробном изложении данных сведений нет. Мне разъяснено врачом, что рекомендуемое медицинское вмешательство:

- удаление доброкачественных образований

— связано с риском и возможными неблагоприятными последствиями, осложнениями.

Полностью ясными для меня являются следующие положения:

1. Во время медицинского вмешательства (операции, инвазивного исследования, манипуляции, процедуры) могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данного медицинского вмешательства, или может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства (операции, инвазивного исследования, манипуляции, процедуры). В такой ситуации врач должен поступить согласно возникшим обстоятельствам.
2. Во время операции или после нее могут развиваться такие осложнения, как кровотечение, тромбозы сосудов, расхождение швов, нагноение и др., что потребует дополнительных вмешательств.
3. Мне известно о повышенной чувствительности к следующим медикаментам:

Я доверяю лечащему врачу **Шкрету Константину Александровичу**, в соответствии с его профессиональным суждением, выполнить те медицинские мероприятия, которые он сочтёт необходимым для улучшения моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, что полученные сведения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа, и я добровольно даю согласие на проведение указанного медицинского вмешательства.

Пациент: _____

Врач: _____

«__» _____ 20__ г.

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента и дата рождения при подписании согласия законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** отказываюсь от следующих видов
(полное наименование медицинской организации)

медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«__» _____ Г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.