

ООО «НОВАЯ ЛИНИЯ»

196084, Санкт-Петербург, Набережная Обводного Канала, 108, пом. 32-Н

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 13, 20, 22, 32, 33, 34, 37, 39, 53, п. 2 ст. 59, 70, 84 Федерального Закона 2 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____, дата рождения _____, паспорт _____;
являясь законным представителем (мать, отец, опекун, усыновитель) ребенка _____, дата рождения _____, находящегося на лечении в ООО «Новая Линия», по моему добровольному желанию прошу провести моему ребенку все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья и характер его заболевания, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующий установленному и объявленному мне диагнозу заболевания и стадии его развития.

2. С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный моему ребенку диагноз ознакомлен(а).

3. Настоящим я поручаю лечащему врачу выполнять все необходимые исследования, вмешательства, операции в том числе:

1. Опрос с выявлением жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование, 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 исследования, в том числе клинические. биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокография.
11. Ультразвуковые исследования, доплерометрические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению ВРАЧА, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Osteopathic процедуры.

4. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/ манипуляций, связанным с ними риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущениях; 2) повышенной кровоточивости; 3) тромбозе. Эмболии (закупорке сосудов); 4) воспалительных явлениях; 5) обострении сопутствующих заболеваний; 6) аллергических реакциях; 7) колебаниях артериального давления; 8) механическом повреждении органа; 9) возможности нетрудоспособности и неблагоприятного жизненного прогноза.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого моему ребенку поэтапного медикаментозного лечения и действием данных лекарственных препаратов с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости им тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния его здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами, в том числе переливание крови и кровезаменителей, разрешенных к применению в РФ.

6. От проведения указанных в пунктах _____ мероприятиях отказываюсь.

6.1. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого моему ребенку метода исследования/манипуляции включая возможные осложнения, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, позднее лечение, стойкая утрата трудоспособности, инвалидность, смерть.

7. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых моему ребенку, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий не указанных в п. 3. Я поручаю ВРАЧУ и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые ВРАЧ сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения его состояния.

8. Я заявляю, что изложил(а) ВРАЧУ все известные мне данные о состоянии здоровья ребенка, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в нашей семье.

9. 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 заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к ВРАЧУ.

10. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства, операции, лечения.

11. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне ВРАЧОМ, оно мне полностью понятно, и я удостоверяю своей подписью.

Разрешаю информировать о состоянии здоровья ребенка следующих лиц:

(ФИО)

Законный представитель

подпись _____ фамилия (полностью), и., о.

Врач
подпись _____ фамилия (полностью), и., о.

Дата: _____