

Общество с ограниченной ответственностью «Южный ветер. Медицина»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на проведение медицинского вмешательства

Мне, {фio_пациента}, {дата_рождения_пациента} года рождения, проживающему по адресу: {адрес_пациента}, паспорт гражданина Российской Федерации серия {серия_(паспорт_пациента)} № {номер_(паспорт_пациента)} выдан {место_выдачи_(паспорт_пациента)} (название выдавшего органа),

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт гражданина Российской Федерации серия {серия_(паспорт_зак-го_предст-ля)} № {номер_(паспорт_зак-го_предст-ля)} выдан {место_выдачи_(паспорт_зак-го_предст-ля)} (название выдавшего органа), являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

разъяснены сведения о состоянии моего здоровья (здоровья моего представляемого) и необходимый и подлежащий выполнению в связи с этим объем диагностических и лечебных манипуляций.

Я поставлен в известность, что я (представляемый) прохожу лечение в клинике ООО «Южный ветер Медицина», при этом я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу больницы выполнение необходимых и показанных мне (моему представляемому) медицинских манипуляций и вмешательств, согласно Перечню (Приложение № 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего согласия), в том числе:

- сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой сбор методом опроса пациента совокупности сведений о пациенте и его заболевании (выяснении продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространенности процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, профессии, предыдущего лечения с целью установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов лечения и профилактики, и т.д.).
- проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния организма: определение роста (посредством ростомера), веса (посредством взвешивания на медицинских весах), некоторых функциональных признаков - окружности грудной клетки (посредством сантиметровой ленты), жизненной емкости легких (посредством совершения вдохов и выдохов в специальный прибор), мышечной силы кистей и мышц разгибателей спины, определение окружности плеча, предплечья, бедра, голени, живота, шеи и диаметра грудной клетки, передне-заднего ее размера, диаметра таза и т. д.
- выполнение термометрии с целью оценки температуры тела для определения лихорадочных и гипотермических состояний.
- выполнение тонометрии, т.е. измерения артериального давления при помощи тонометра, манжета которого одевается на запястье или плечо, сдавливает артерию, определяя показатели кровяного давления.
- выполнение осмотра, в том числе пальпации (метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони осязающей руки для определения свойства тканей и органов, их положения, величины, формы, консистенции, подвижности, топографических соотношений, а также болезненности исследуемого органа), перкуссии (метода медицинского обследования, заключающегося в постукивании отдельных участков тела и анализе звуковых явлений, возникающих при этом с целью определения топографии внутренних органов, физического состояния и функции легких, сердца, желудка, печени, селезенки), аускультации (метода физикальной диагностики, заключающегося в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов), риноскопии (метода исследования носовой полости с целью ее осмотра через носовое отверстие при помощи носового зеркала или через рот и носоглотку при помощи шпателя), фарингоскопии (метода визуального исследования глотки с использованием шпателя, носоглоточного или гортанного зеркал, лобного рефлектора и др. инструментов), непрямой ларингоскопии (метода визуального исследования гортани с помощью гортанного зеркала), вагинального исследования для женщин (представляющего собой гинекологический осмотр в гинекологическом кресле, включающего осмотр наружных половых органов, области заднего прохода, внутреннего осмотра влагалища и шейки матки при помощи медицинских зеркал, ручное влагалищное исследование посредством введения во влагалище указательного и среднего пальцев), ректального исследования (пальцевое и инструментальное обследование, выполняемое через просвет прямой кишки с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей).
- проведение неинвазивных (без проникновения внутрь организма) исследований органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- выполнение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, т.е. методов исследования химических и физических свойств биологических жидкостей и тканей пациента с целью выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней.
- проведение функциональных методов обследования, в том числе
- артериального давления, суточного мониторингирования
- электрокардиографии, суточного мониторингирования
- электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии.
- пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных) с целью выявления ранних, крытых признаков заболевания и стадии его развития, определения показаний к проведению терапии, контроля эффективности лечения и прогноза его исхода.
- выполнение рентгенологических методов обследования, в том числе с применением контрастных веществ, в том числе флюорографии и рентгенографии с целью предварительной диагностики и последующего контроля хода лечения, т.е. метода оценки строения и функционирования различных органов и систем, основанного на качественном и/или количественном анализе пучка рентгеновского излучения (электромагнитных волн), прошедшего через тело человека.
- выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента.
- выполнение доплерографических исследований, т.е. ультразвукового скрининг-метода (необходимого и достаточного) диагностики состояния кровеносных сосудов, основанного на оценке изменения частоты ультразвуковых волн, отраженных от подвижных структур - форменных элементов крови (эффекте Доплера).
- введение лекарственных препаратов, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно (при этом выбор способа введения препарата определяется химическими свойствами действующего вещества, степенью тяжести заболевания, расположением органа или системы, возможностью подбора дозировки препарата и скоростью наступления эффекта), а так же в полость суставов и иных мягких тканей с целью обезболивания и лечебных целей
- выполнение процедур медицинского массажа, т.е. целенаправленного равномерного механического раздражения участков тела пациента, осуществляемого посредством приемов, выполняемых с помощью рук массажиста, либо применения медицинской аппаратуры (физиотерапевтического лечения) в профилактических (для общего укрепления организма), косметических (для достижения эстетического эффекта) и лечебных целях в качестве самостоятельного метода лечения либо в сочетании с другими методами лечения.
- проведение лечебной физкультуры (метода лечения, состоящего в использовании движения как основной биологической функции организма человека).
- проведение всех видов эндоскопических методов обследования.

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (моему представляемому)

_____ (название вида обезболивания).

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения; я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже

неблагоприятного исхода. Мне в доступной форме разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического обеспечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях, возможных осложнениях при выполнении анестезии и связанным с ней риском информирован(а) врачом анестезиологом-реаниматологом {фио_врача} (ФИО врача)

Мне разъяснено, что выполнение показанных мне (моему представляемому) медицинских вмешательств необходимо с целью уточнения диагноза, оценки состояния моего здоровья (здоровья представляемого), определения дальнейшего хода лечения и прогноза течения заболевания, а также с целью реализации плана лечения.

Мне разъяснено и понятно содержание, характер и цели выполнения показанных мне (моему представляемому) медицинских манипуляций, включая вышеперечисленные манипуляции и виды вмешательств.

Мне в доступной форме предоставлена информация о том, в чем именно в процессе оказания медицинской услуги состоит воздействие на моё здоровье (здоровье представляемого) и наступление каких возможных последствий для моего здоровья (здоровья представляемого) в итоге оказания услуги является допустимым с охватом как ожидаемых желательных, так и возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений, в том числе возможность возникновения неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур, развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте инъекции, обуславливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции, токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развития длительного онемения в области инъекции, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертонии, обморока, коллапса, судорожных состояний, развития кровотечения, тромбоза, эмболии, воспалительного процесса, обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления, механического повреждения органа, воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, проникновения инфекции при нарушении техники безопасности введения препаратов, а также возможность развития неблагоприятного жизненного прогноза.

Мне также разъяснено, что в процессе оказания медицинской услуги мне (представляемому) может потребоваться выполнением манипуляций и вмешательств, не указанных в настоящем информированном добровольном согласии. При возникновении таких обстоятельств и объективной невозможности получения моего согласия на выполнение таких вмешательств (в случае необходимости экстренного медицинского вмешательства для предупреждения наступления неблагоприятных последствий для моего здоровья (здоровья представляемого) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей.

Мне разъяснено и понятно, что отказ от выполнения показанных мне (представляемому) медицинских вмешательств обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном учреждении, и обязуюсь их соблюдать, предупрежден о запрете курения на территории и в помещениях лечебного учреждения;

Даю согласие на обработку своих персональных данных. Согласен на совершение оператором следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе и передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных следующими способами: автоматизированная обработка, обработка без использования средств автоматизации;

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачами прием любых не прописанных лекарств;

Я поставил(а) в известность врача 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских ВУЗов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) 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 моим родственникам, законным представителям, гражданам:

{текущая_дата}

Подпись пациента _____

Подпись законного представителя _____

Расписался в моем присутствии

Врач {фио_врача} подпись: _____ {текущая_дата}