

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской
государственный медицинский университет»
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России)**

(Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и ст.10 Закона РФ №2300-1 «О защите прав
Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить свое

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ГРАЖДАНИНА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(не инвазивные и инвазивные методы исследования, консервативное лечение и реабилитация)**

Пункт 1 и 2. подписывается всеми пациентами

Пункт 1.

Я, нижеподписавшийся(ая) _____ № амб.карты _____
(Фамилия, имя, отчество пациента)

в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» поставил(а) в известность медицинского работника (врача) обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, которые могут препятствовать выполнению медицинского исследования (лечения), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о принимаемых лекарственных средствах и даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в Клинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
- термометрия, тонометрия;
- вагинальное исследование (для женщин);
- ректальное исследование;
- не инвазивное исследование органа зрения;
- функциональные методы обследования, в том числе: электрокардиография;
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография;
- ультразвуковые исследования;
- доплерографические исследования;
- лабораторные исследования (анализы);
- физиотерапевтические процедуры;
- прием таблетированных лекарственных препаратов;
- в/м, в/в инъекции, в/в инфузии, в том числе с использованием в/в катетера;

Находясь на лечении (обследовании) в Клинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России я ознакомлен(а)

лечащим врачом _____

(Фамилия, имя, отчество лечащего врача)

с намеченным мне планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточное время на принятые решения о согласии на предложенное мне обследование и

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

~~и предупреждаю, что за грубое нарушение режима и правил внутреннего распорядка больницы~~
(несоблюдение рекомендаций врача, употребление алкоголя и наркотических средств, курение в неотведенных местах, применение электронагревательных приборов (кипятильников, обогревателей и т.п.), самовольный уход из отделения, приход посетителей в верхней одежде, без бахил или сменной обуви в неустановленное время, грубое и неуважительное отношение к персоналу, порча или умышленный вред, причиненный имуществу больницы) могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения с внесением отметки «о нарушении режима» в листок нетрудоспособности.

МНЕ ПОНЯТЕН СМЫСЛ КАЖДОГО ПУНКТА ДАННОГО ДОКУМЕНТА, Я ДОБРОВОЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЫШЕ УКАЗАННЫХ УСЛОВИЯХ.

(Подпись и фамилия пациента)

Пункт 2. Возможные осложнения при консервативном лечении и реабилитации.

2.1. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от исследования и лечения, 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

2.2. Я проинформирован(а) о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья в соответствии с назначением лечащего врача, в том числе после операции.

2.3. Я надлежащим образом проинформирован(а) о факторах риска и понимаю, что даже при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения инвазивных и не инвазивных вмешательств, консервативного лечения и реабилитации, существует риск развития различных осложнений непреднамеренного причинения вреда здоровью

и даже неблагоприятного исхода, как при проведении, так и после проведения вышеуказанных вмешательств и манипуляций:

- об осложнениях, связанных с назначением процедур, которые бы не назначались и не проводились при достаточной информированности врача о скрытых заболеваниях пациента: не выявленные онкологические заболевания, заболевания кроветворной системы, нарушения остеогенеза и другие сложнодиагностируемые
- об осложнениях, возникших непосредственно в момент проведения процедур: поражение электрическим током, аллергические реакции на лекарственные средства, нарушения в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, разрывы сухожилий и мышц, переломы костей, вывихи суставов и имплантов, травмы при проведении процедур, возникшие по вине пациента;
- об отдаленных последствиях и осложнениях: рецидив имеющегося заболевания, хронические воспалительные процессы, миграции и переломы конструкций, не сращение переломов, трофические нарушения кожи, металлозы и обострение соматических заболеваний

_____/_____
(Подпись и фамилия пациента)

пункт 3. Я понимаю, что прохожу лечение в хирургическом отделении Клиники ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, где при выполнении медицинского вмешательства, если это приемлемо для лечащего врача, могут присутствовать обучающиеся врачи по профессиональным образовательным программам и разрешаю (или не разрешаю, нужно подчеркнуть) принимать участие обучающимся врачам в оказании мне медицинской помощи

_____/_____
(Подпись и фамилия пациента)

Пункты 4 и 5 заполняются по желанию пациента

Пункт 4. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о

здоровья _____
(Фамилия, имя, отчество лица, кому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента, его контактный телефон)

_____/_____
(Подпись и фамилия пациента)

Пункт 5. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов указанных медицинских вмешательств или потребовать их прекращения

(указать вид исследования, лечения от которого отказывается пациент)

_____/_____
(Подпись и фамилия пациента)

пункт 6. Я свидетельствую, что разъяснил пациенту(ке) суть медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы, относящиеся к предложенному медицинскому вмешательству, а также право на его отказ и он(а) подписал(а) добровольное информированное согласие в моем присутствии

Медицинский работник (врач)

_____/_____
(Подпись и расшифровка подписи медицинского работника)