

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

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

адресу:

_____, (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____, (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____, (фамилия, имя, отчество (при наличии) 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» (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография,

пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж; лечебная физкультура), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 (которым) 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 (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

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

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 (при наличии) 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» (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 Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Эпилепсии»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

1. электроэнцефалограмма (далее – «ЭЭГ») во время сна и бодрствования, дополнительные функциональные пробы, а именно, предъявление слуховых и зрительных стимулов, проба на форсированное дыхание в случаях необходимости;
2. провокация эпилептических приступов путем временной отмены антиэпилептических лекарственных средств (или снижения их дозировки), при необходимости уточнения характера болезни;
3. провоцирующие процедуры, а именно, специфические диагностические провокации эпилептиформной активности и приступов во время ЭЭГ – фотостимулы, глубокое дыхание, недосыпание и некоторые индивидуальные процедуры по рекомендации лечащего врача;
4. дополнительные специфические провокации эпилептических разрядов и приступов по назначению врача либо врача видео-ЭЭГ в зависимости от задач и целей обследования;
5. видеозапись всего процесса исследования.

Я предупрежден(-а), что во время регистрации ЭЭГ, со мной или с пациентом, законным представителем которого я являюсь, может произойти эпилептический приступ (равно как и в повседневной жизни).

Я предупрежден(-а), что в случаях возникновения длительного и непрекращающегося эпилептического приступа, при необходимости мне или пациенту, законным представителем которого я являюсь, будут оказывать медицинскую помощь сотрудники «Скорой медицинской помощи», прибывшие по вызову.

Я предупрежден(-а) и согласен(-на), что ЭЭГ-обследование может не привести к ожидаемому результату.

Я предупрежден(-а), что срок предоставления заключения, основанного на результатах видео-ЭЭГ мониторинга, составляет от 5 (Пяти) до 7 (Семи) рабочих дней. Вышеуказанное заключение предоставляется мне или гражданину, являющегося законным представителем Пациента, по месту нахождения ООО «Центр Эпилепсии» (г. Москва, Высоковольтный проезд, д. 1, корпус 3).

Я предупрежден(-а) о возможном неблагоприятном исходе неподвижных эпилептических статусов, длительность которых может быть более 15 минут, что, в свою очередь, может привести к опасному для жизни и здоровья осложнению эпилепсии.

Я предупрежден(-а), что для выполнения ЭЭГ чашечковые электроды могут быть наклеены на специальный клей, который может оставаться на волосах в течение 3-5 дней, а также для выполнения ЭЭГ могут быть использованы специальные электродные липучки для ЭЭГ электродов, которые могут оставить допустимые следы их применения.

Я предупрежден(-а), что в период обследования в ООО «Центр Эпилепсии» при возникновении эпилептического приступа не исключена травматизация, в частности, падения, удары при подергивании конечностей в момент приступа.

Я предупрежден(-а), что при возникновении у меня или у пациента, законным представителем которого я являюсь острых психозов, при неадекватном и агрессивном поведении в отношении лиц, находящихся в клинике, в том числе, посетителей и сотрудников клиники, сопровождающих лиц, тактику купирования агрессивного и неадекватного моего поведения или поведения пациента, законным представителем которого я являюсь, определяет и выполняет работник ООО «Центр Эпилепсии».

Я предупрежден(-а), что в некоторых случаях по усмотрению врача при подготовке и проведении диагностического исследования необходимо участие сопровождающего

меня лица или сопровождающего лица пациента, законным представителем которого я являюсь.

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».

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.

Я подтверждаю свое согласие на участие в вышеперечисленных обследованиях, обязуюсь тщательно выполнять условия диагностических исследований и ознакомлен(-а) с тактикой и условиями проведения обследований.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) 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 (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

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

« ___ » _____ Г.

(дата оформления)