

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

ПРИКАЗ

«16» февраля 2026 г.

№ 47/8

Нижний Новгород

Об утверждении форм информированных добровольных согласий

В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

- форму информированного добровольного согласия на госпитализацию и медицинское вмешательство в стационаре (Приложение № 1);
- форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (амбулаторный прием) (Приложение № 2);
- форму информированного добровольного согласия на проведение предварительного и периодического медицинского осмотра (Приложение № 3);
- форму информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства: введение Стромально-васкулярной фракции и Аутологичной плазмы богатой тромбоцитами (SVF+PRP) (Приложение № 4);
- форму информированного добровольного согласия на введение препарата внутрисуставно (гилауроновой кислоты) (Приложение № 5);
- форму информированного добровольного согласия на проведение эндоскопического исследования (Приложение № 6);
- форму информированного добровольного согласия на проведение ультразвукового исследования (Приложение № 7);
- форму информированного добровольного согласия на проведение обезболивания/анестезиологического пособия (Приложение № 8);
- форму информированного добровольного согласия на проведение магнитно-резонансного исследования (Приложение № 9);
- форму информированного добровольного согласия на проведение рентгеновского (рентген, компьютерная томография) исследования (Приложение № 10);
- форму информированного добровольного согласия на проведение эндоскопического исследования (Приложение № 11).

2. Отделу документационного обеспечения довести данный приказ до сведения руководителей структурных подразделений Университетской клиники, а руководителям структурных подразделений ознакомить своих сотрудников.

3. Руководителю отдела медицинских информационных систем ЦИТ Седых Е.В. обеспечить внедрение форм информированных добровольных согласий в систему «Медиалог».

4. Специалисту управления по цифровой трансформации Салминой О.А. разместить приказ на официальном сайте Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

5. Контроль за исполнением данного приказа возложить на начальника отдела врача – методиста отдела экспертизы временной нетрудоспособности и оценки качества оказания медицинской помощи Кабанову С.Л., заместителя главного врача по травматологии и ортопедии Митрофанова В.Н., директора института педиатрии Лаврову А.Е., директора института реабилитации Литвинову Н.Ю.

Главный врач Университетской клиники



И.Ю. Арефьев

**Информированное добровольное согласие на госпитализацию
и медицинское вмешательство в стационаре**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

паспорт: _____ выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,

признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения

_____ наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

поставлен (а) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (а) в Университетскую клинику ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в отделение _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе на выявление жалоб, сбор анамнеза, проведение осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, на проведение неинвазивных исследований органа зрения и зрительных функций, на проведение неинвазивных исследования органа слуха и слуховых функций, на проведение исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), на выполнение диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, рентгеновских, ультразвуковых, эндоскопических, доплерографических исследований, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, введение лекарственных препаратов по назначению врача (включая введение медицинских иммунобиологических препаратов: АС, ПСС для экстренной профилактики столбняка), в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур (медицинский массаж, лечебная физкультура). Даю свое согласие на проведение следующих дополнительных манипуляций и исследований:

_____ (наименование манипуляции, процедуры).

1. Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован (а) о состоянии моего здоровья, а именно:

- О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого)

(установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ 10)

2. Получив полные и всесторонние объяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания:

2.1. Добровольно в соответствии со ст.20 Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю свое согласие на проведение

(наименование манипуляции, процедуры)

Медицинским работником:

(Ф.И.О., должность)

- в доступной для меня форме мне (представляемому) разъяснены цели, методы медицинского вмешательства, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.

3. Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, инструкции по поведению до и после медицинского вмешательства, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения, и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и применение лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих осложнений, обусловленных некачественным оказанием медицинской помощи:

Кровотечение, тромбоз, эмболические осложнения, обострение сопутствующих заболеваний, аллергические реакции, гематомы

4. До моего сведения также доведено, что в ходе проведения медицинского вмешательства по медицинским и жизненным показаниям возможно возникновение необходимости расширения объема оперативного вмешательства или проведения дополнительного медицинского вмешательства и я согласен (согласна) на то, что ход оперативного вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению. И даю свое согласие на проведение дополнительного (альтернативного) вмешательства

5. Я ознакомлен (а) с правилами внутреннего распорядка и правилами лечебно-охранительного режима, установленными в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

6. Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует 100% выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинское обследование для контроля за состоянием моего здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

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

8. Я принимаю собственные лекарственные средства, касающиеся моих сопутствующих заболеваний. От проведения предложенной мне лечащим врачом терапии сопутствующих заболеваний, имеющимися в наличии в Университетской клинике ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России препаратами отказываюсь (согласен) (нужное подчеркнуть).

9. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение может осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

10. Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч., в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

11. 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 известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

12. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители для обработки данных, а также демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

13. Не возражаю против направления мне по электронной почте информационных материалов о новых видах диагностики и лечения, о проводимых на базе ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России мероприятиях и другой информации. Адрес электронной почты _____ (в случае согласия, указать электронную почту).

14. 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.

15. 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. N 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:

" ____ " _____ 20__ г.

Подпись пациента
(законного представителя)

/ _____ /
Расшифровка подписи

Настоящий документ оформлен мной

Подпись лечащего врача
(зав. отделением)

/ _____ /
Расшифровка подписи

" ____ " _____ 20__ г.

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, он заверяется двумя подписями врачей ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России:

" ____ " _____ 20__ г.

Подпись

/ _____ /
Расшифровка подписи

" ____ " _____ 20__ г.

Подпись

/ _____ /
Расшифровка подписи

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(амбулаторный прием)**

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт: _____, выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

1. Добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю свое 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. N 390н: 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), компьютерная томография и рентгенография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутрисуставно, медицинский массаж, лечебная физкультура). Кроме того, даю согласие на проведение косметологических процедур, удаление новообразований кожи и мягких тканей с проведением гистологического исследования. Даю свое согласие на проведение следующих дополнительных манипуляций и исследований:

_____ (наименование манипуляции, процедуры).

2. Медицинским работником ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

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.

3. Я ознакомлен (а) с порядком и правилами внутреннего распорядка, установленными в Университетской клинике ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России и обязуюсь их соблюдать.

4. Получив полные и всесторонние объяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания:

4.1. Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует 100% выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинское обследование для контроля за состоянием моего здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

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

4.3. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно – охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использования медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение может осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6. 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 известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители для обработки данных, а также демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

8. Не возражаю против направления мне по электронной почте информационных материалов о новых видах диагностики и лечения, о проводимых на базе Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России мероприятиях и другой информации. Адрес электронной почты _____ (в случае согласия, указать электронную почту).

9. 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.

10. 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. N 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:

_____ 20__ года.

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моём присутствии:

Врач _____

(подпись) _____

(должность, Ф.И.О.)

(другой специалист, принимавший непосредственное участие в обследовании, лечении)

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Информированное добровольное согласие на проведение предварительного и периодического медицинского осмотра

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

В соответствии с со ст. 20 Федерального закона "Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года, приказа Министерства здравоохранения 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", Приказа Минздрава России от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работами, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств определенного вида, предложенные мне; гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

Перечень видов медицинского вмешательства:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, непрямая ларингоскопия, определение гигиенического индекса, вагинальное исследование (для женщины), термометрия, тонометрия, пульсоксиметрия
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и вестибулярного аппарата.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Забор биологического материала из вены. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, вирусологические, иммунологические
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография.
11. Ультразвуковые методы исследования
12. Рентгенологические обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, маммография (для женщин старше 40 лет).
13. Забор биологического материала из влагалища (уретры).
14. Осмотры врачом хирургом, неврологом, психиатром, наркологом, гинекологом, профпатологом, терапевтом, окулистом, ЛОР, дерматовенерологом

Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о состоянии моего здоровья; здоровья моего ребенка; гражданина, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) следующим лицам: _____

1. Я ознакомлен (а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
2. Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения удовлетворяют.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя (гражданина))

« ____ » _____ г. (дата оформления)

(подпись) (Ф.И.О. врача профпатолога либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« ____ » _____ г. (дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства:
Введение Стромально-васкулярной фракции и Аутологичной плазмы богатой тромбоцитами
(SVF+PRP)**

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

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

Я, _____ (ФИО), паспорт: _____

выдан: _____

Зарегистрированный/ая по адресу: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России на проведение мне/моему доверителю следующего медицинского вмешательства:
введение стромально-васкулярной фракции / аутологичной плазмы богатой тромбоцитами.

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства, аналогов данной методике нет.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская процедура недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:

- Болезни крови, связанные с нарушением свертываемости.
- Прием антикоагулянтов.
- Анемия.
- Тромбопения.
- Острые инфекционные процессы.
- Беременность.
- Злокачественные новообразования.
- Ревматологические, аутоимунные заболевания в стадии обострения.
- Тяжелые расстройства психики.
- Локальные инфекции кожных покровов в месте инъекции.
- Индивидуальная непереносимость антикоагулянта

Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений

_____ (прописать осложнения)
сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время

проведения процедуры и после нее. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Университетской клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я разрешаю /не разрешаю(нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

(ФИО Пациента/законного представителя)

(подпись Пациента/законного представителя)

(дата)

(должность, ФИО врача)

(подпись Врача)

(дата)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(амбулаторный прием и введение препарата внутрисуставно)

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт: _____, выдан _____

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребёнка или лица, признанного

недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения _____

1. Добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю свое согласие на:

введение препарата гиалуроновой кислоты внутрисуставно _____

(наименование манипуляции, процедуры).

2. Медицинским работником ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

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 и временных побочных эффектов (а именно: аллергическая реакция, зуд, покраснение в месте инъекции; обморок; образование гематомы в месте пунктирования; инфицирование сустава - редкое осложнение в 5-6 случаях на 100 000 инъекций; боль, отек и скованность в суставе после инъекции; в крайне редких случаях возможно проявление местных воспалительных симптомов (повышение температуры, покраснение и отечность, увеличение содержания экссудата в полости сустава, кратковременное ограничение подвижности, чувство дискомфорта или тяжести в суставе), а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

3. Я ознакомлен (а) с правилами внутреннего распорядка, установленными в Университетской клинике ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России и обязуюсь их соблюдать.

4. Получив полные и всесторонние объяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания:

4.1. Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует 100% выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинское обследование для контроля за состоянием моего здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

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

4.3. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно - охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение может осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6. 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 известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители для обработки данных, а также демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

8. Не возражаю против направления мне по электронной почте информационных материалов о новых видах диагностики и лечения, о проводимых на базе Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России мероприятиях и другой информации. Адрес электронной почты _____ (в случае согласия, указать электронную почту).

9. 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.

10. 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. N 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:

_____ 20__ года.

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моём присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

(должность, Ф.И.О.)

_____ (другой специалист, принимавший непосредственное участие в обследовании, лечении)

**Информированное добровольное согласие на проведение эндоскопического исследования
пищеварительного тракта**

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

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

Я, _____ (ФИО), паспорт: _____,
выдан: _____,
Зарегистрированный/ая по адресу: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным _____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие ФГБОУ ВО «ПИМУ»
Минздрава России на проведение мне/моему доверителю следующего медицинского вмешательства:
эндоскопического исследования пищеварительного тракта _____
(наименование исследования)

и подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснено об особенностях проведения указанного
исследования:

1. Эндоскопическое исследование пищеварительного тракта представляет собой метод
исследования внутренних органов (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого и
тонкого кишечника) с помощью специальных приборов – эндоскопов (гибких пластиковых или
металлических трубок с осветительной и оптической системами), а также дополнительных методов
диагностики: хромокопии, тестов на хеликобактер и прочее:

- эзофагогастродуоденоскопия
- эндоскопическая полипэктомия
- колоноскопия
- НР – тест
- рН метрия
- биопсия и забор материала
- иные виды эндоскопических манипуляций

2. Целью эндоскопического исследования является получение диагностических и лечебно-
диагностических данных, которые не могут быть получены в результате других способов
исследований.

3. Показания и противопоказания к проведению эндоскопического исследования
определяются лечащим врачом и врачом, непосредственно выполняющим эндоскопическое
исследование.

4. Перед выполнением эндоскопического исследования пациенту необходимо в течении
минимум 4 часов воздержаться от приема пищи для предотвращения наступления осложнений
процедуры.

5. Воздействие на здоровье пациента в процессе выполнения диагностической эндоскопии
состоит во введении эндоскопа в ротовую полость или через анальное отверстие с использованием
геля. При использовании через ротовую полость может применяться местная анестезия с помощью
спрея или раствора для полоскания. Для предупреждения повреждения эндоскопического аппарата и
зубов пациента пластиковое ротовое предохранительное устройство располагается между зубов

пациента. Эндоскопические манипуляции выполняются в положении пациента лежа на левом боку; при этом положение пациента может быть скорректировано врачом-эндоскопистом.

6. Во время выполнения и после процедуры у пациента возможны дискомфортные ощущения в местах ввода эндоскопической трубки, от нахождения устройства в полости тела, от растяжки пищевода, от нахождения излишков воздуха в пищеварительном тракте, боли в животе, вздутие, а также слабость, головокружение и иные симптомы. Указанные симптомы не влияют на процесс выполнения манипуляции, не являются осложнениями и проходят после окончания процедуры в течение суток.

7. В процессе выполнения манипуляции при необходимости врач-эндоскопист может брать образцы тканей (биопсию) и выполнять иные лечебно-диагностические действия (инъекции, полипэктомии, резекции, коагуляции, лигирование, клипирование и тд); при этом необходимость в выполнении биопсии определяется лечащим врачом и врачом-эндоскопистом до, либо в процессе манипуляции.

8. Выполнение процедуры диагностической эндоскопии может привести к следующим осложнениям: гематомы, кровотечения, травмирование слизистой и перфорации желудочно-кишечного тракта (грушевидного синуса, пищевода и его верхней, средней или нижней трети, желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого кишечника), перфорации измененного органа или участка органа, развитие острых воспалительных процессов (панкреатита, холецистита, колита, медиастенита и др), обострение ЖКБ и развитие механической желтухи, компрессии трахеи при выполнении манипуляции детям грудного возраста, чрезмерной инсуффляции воздуха, вклинению дистального конца эндоскопа при инверсии в пищевод, повреждению голосовых связок и трахеи, соматическими осложнениями (острому нарушению мозгового кровообращения, острому инфаркту миокарда, остановке сердца, тяжелому бронхоспазму, тяжелому ларингоспазму). С учетом индивидуальных особенностей организма пациента, возможны и иные осложнения. При наступлении осложнений выполнение эндоскопического исследования немедленно прекращается, пациент подлежит экстренной госпитализации.

9. Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить свое состояние и предполагаемое исследование. На все вопросы я получил (а) удовлетворяющие ответы.

10. Процедура диагностической эндоскопии проводится в условиях (с использованием анестезиологического пособия или без)

11. Применение анестезиологического пособия может привести к следующим осложнениям: гипоксемии, анафилактической реакции, бронхоспазму, ларингоспазму, осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы, аспирации желудочного содержимого. При наступлении указанных осложнений выполнение эндоскопического исследования прекращается, пациент подлежит экстренной госпитализации.

12. Я должен (а) немедленно сообщить лечащему врачу (врачу, выполняющему эндоскопическое исследование) при появлении следующих симптомов: сильная боль в животе, вздутие живота, рвота, затруднение глотания, или сильная боль в горле, ощущение «похрустывания» под кожей, иных симптомов, вызывающих дискомфорт и беспокойство и не проходящих со временем.

13. Я согласен (а) в случае наступления опасного для жизни осложнения провести мне все диагностические и лечебные мероприятия, которые медицинский работник сочтет необходимыми, включая перевод в другое лечебное учреждение (госпитализацию).

14. Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование), сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

15. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Университетской клиники лечащий врач вправе отказаться от выполнения диагностического исследования моего/представляемого лица.

16. Я осознаю, что у меня есть выбор, выполнять или не выполнять данное диагностическое исследование и я согласен (а) с порядком его предоставления и оплаты указанной услуги.

17. Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование).

18. Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

19. Я разрешаю /не разрешаю(нужное подчеркнуть)врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

20. Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача (врача-эндоскописта).

(ФИО Пациента/законного представителя)

(подпись Пациента/законного представителя)

(дата)

(должность, ФИО врача)

(подпись Врача)

(дата)

Информированное добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

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

Я, _____ (ФИО), паспорт: _____

выдан: _____

Зарегистрированный/ая по адресу: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России на проведение мне/моему доверителю следующего медицинского вмешательства ультразвукового исследования _____

(наименование исследования)

и подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснено об особенностях проведения указанного исследования:

1. Мне разъяснено, что метод УЗИ основан на разнице в проведении ультразвука тканями организма, которое регистрируется с помощью специального оборудования. К поверхности моего тела будет приложен специальный датчик с нанесенным специальным гелем, проводящим ультразвук. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских манипуляций может возникнуть необходимость ультразвукового исследования внутрисполостным датчиком и даю свое согласие на проведение мне ультразвукового исследования трансректально/трансвагинально.

2. Я осознаю, что с помощью ультразвукового исследования нельзя выявить все изменения в органах. Я информирован (а) о том, что врач измеряет и исследует только те структуры, которые перечислены в протоколе УЗИ.

3. Я информирован (а) о том, что наличие некоторых особенностей конституции (ожирение), повышенное содержание газов в кишечнике (метеоризм), большое количество оперативных вмешательств в анамнезе, некоторые положения органов, снижают диагностические возможности УЗИ.

4. Я понимаю, что качество оказанной услуги напрямую зависит от сообщенных сведений врачу (достоверной информации о состоянии моего здоровья). Кроме того, я понимаю, что качество исследования зависит от моей подготовки к некоторым видам исследований (например, наполненность мочевого пузыря), сообщенное мне накануне.

5. Показания и противопоказания к проведению ультразвукового исследования определяются лечащим врачом и врачом, выполняющим УЗИ.

6. Сам по себе процесс УЗИ не представляет угрозы для пациента, однако во время и после выполнения исследования могут возникнуть дискомфортные ощущения от введения датчика трансректально/трансвагинально.

7. Выполнение ультразвукового исследования может привести к следующим осложнениям: аллергические реакции на материалы (гель, латекс), боль в результате контакта датчика с пораженными органами или тканями. С учетом индивидуальных особенностей организма пациента, возможны и иные осложнения.

8. Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить свое состояние и предполагаемое исследование. На все вопросы я получил (а) удовлетворяющие ответы.

9. Я сообщил врачу о возможных аллергических реакциях на материалы, используемые при проведении исследования (гель, латекс).

10. Я должен (а) немедленно сообщить лечащему врачу (врачу, выполняющему ультразвуковое исследование) при появлении следующих симптомов: боль, жжение (в местах прикладывания, введения датчика), иных симптомов, вызывающих дискомфорт и беспокойство и не проходящих со временем.

11. Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование), сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

12. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Университетской клиники лечащий врач вправе отказаться от выполнения диагностического исследования моего/представляемого лица.

13. Я осознаю, что у меня есть выбор, выполнять или не выполнять данное диагностическое исследование и я согласен (а) с порядком его предоставления и оплаты указанной услуги.

14. Я имел(а) возможность задать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование).

15. Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

Я разрешаю /не разрешаю(нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача (врача УЗИ).

(ФИО Пациента/законного представителя)

(подпись Пациента/законного представителя)

(дата)

(должность, ФИО врача)

(подпись Врача)

(дата)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ/АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Я, _____
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения _____

_____ наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
_____ (название отделения, номер палаты)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года, добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): _____

_____ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

1. Я информирован (информирована) врачом о том, что:

- анестезиологическое обеспечение во время операции и/или медицинской процедуры необходимо для обезболивания и обеспечения непрерывного контроля состояния пациента (поддержание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма). Кроме того, анестезиологическое обеспечение включает профилактику вероятных осложнений во время операции, их своевременное выявление и сведение к минимуму возможных последствий.

-существует следующие виды анестезии:

Общая анестезия (наркоз) вызывает полную утрату сознания и восприятия боли, но при этом оказывает угнетающее влияние на дыхание, кровообращение и другие важные функции организма. Такой тип анестезии проводится либо внутривенным введением специальных препаратов, либо вдыханием наркотических газов, либо их сочетанием. Во время общей анестезии анестезиолог нередко вводит в трахею пациента интубационную трубку или устанавливает специальный надгортанный воздуховод, чтобы обеспечить полноценное дыхание, подачу кислорода и газообразного анестетика.

Регионарная анестезия вызывает утрату чувствительности отдельного участка тела или конечности. Это достигается путем инъекции специальных препаратов в область нервных пучков или корешков, что вызывает временное прекращение проведения по ним болевых импульсов. Такая анестезия легче переносится, оказывает значительно меньшее влияние на дыхание и кровообращение, снижает риск развития любых нежелательных явлений. Регионарная анестезия позволяет безболезненно выполнить большинство операций на конечностях и нижней половине тела.

Седация проводится путем внутривенного введения специальных препаратов, которые вызывают сонливость, уменьшают чувство тревоги и страха. Эти препараты также могут оказывать угнетающее

влияние на дыхание и кровообращение, что требует внимательного мониторингового контроля. Седация применяется при некоторых лечебных и диагностических процедурах, в том числе и при проведении регионарной анестезии.

-любой тип анестезии представляет определённый риск. Общий риск смерти, связанный с анестезией, составляет примерно 1 случай на 10000 проведенных анестезий. У относительно здоровых пациентов этот риск значительно ниже - 1 случай на 50 000 анестезий. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятный, тем не менее, во время операции или процедуры могут происходить значительные колебания деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания пациента, обусловленные как влиянием вводимых для анестезии препаратов, так и состоянием здоровья пациента. В большинстве случаев такие нарушения успешно устраняются врачом-анестезиологом-реаниматологом. Однако при определенных условиях это может привести к развитию дополнительного заболевания, которое называют осложнением анестезии. Наиболее частыми осложнениями являются (не ограничиваясь указанными) осаднение глотки или гортани интубационной трубкой или надгортанным воздуховодом, тошнота, рвота, болезненность мышц после анестезии, аллергические реакции, уплотнение и болезненность вены после инфузий, реже спазм голосовых связок и повреждение зубов, трахеи. Очень редко, но могут случаться (не ограничиваясь указанными) такие тяжелые осложнения анестезии, как остановка сердца, повреждение головного мозга, инфаркт сердечной мышцы, травма легких, аспирация желудочного содержимого, пневмония, поражение печени и почек, нарушение функции или паралич конечности.

2. Я подтверждаю, что врач анестезиолог-реаниматолог информировал меня о предполагаемом мне (моему ребенку) обезболивании/анестезиологическом обеспечении _____ при проведении мне операции/процедуры.

3. Я утверждаю, что получил (а) предписание врача анестезиолога-реаниматолога прекратить прием пищи и жидкости с _____ часов _____ числа _____ месяца 20 ____ г.

4. Я готов (а) полностью соблюдать данное предписание. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания. Я не буду возлагать ответственность за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания на Университетскую клинику и на врача анестезиолога-реаниматолога.

5. Я проинформирован (а), что перед операцией необходимо снять съемные зубные протезы и ювелирные украшения. Я проинформирован (а), что при наличии шатающихся зубов, зубов значительно поврежденных кариесом или непрочной держащихся ортопедических конструкций (шатающиеся зубные коронки, шатающиеся протезы на штифтах) выпавшие зубы или конструкции при проведении обезболивания могут попасть в дыхательные пути и вызвать опасные для жизни осложнения.

6. Я утверждаю, что информировал (а) врача анестезиолога-реаниматолога обо всех перенесенных заболеваниях, принимаемых мной лекарственных препаратах, стоматологических проблемах, проведенных хирургических вмешательствах и наркозах, аллергических реакциях на следующие препараты и вещества:

и обо всех других фактах, касающихся моего лечения. Я тем самым не буду возлагать ответственность на Университетскую клинику и на анестезиолога-реаниматолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

7. Я утверждаю, что ни врачом анестезиологом-реаниматологом, ни другими сотрудниками Университетской клиники мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода анестезии.

8. Мне объяснили, что общее состояние моего здоровья соответствует ____ классу по пятибалльной международной анестезиологической классификации ASA. Статистические исследования показали, что вероятность осложнений во время анестезии у пациентов 2 класса выше в два раза, у 3 класса в три раза, а у 4 и 5 классов в четыре раза, чем у пациентов 1 класса.

9. Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое обеспечение (обезболивание) с врачом анестезиологом-реаниматологом. На все вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Тем самым я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления, даю полномочия врачу анестезиологу-реаниматологу провести мне запланированное обезболивание/анестезиологическое обеспечение. При этом врач анестезиолог-реаниматолог имеет право в интраоперационном периоде изменить план анестезиологического обеспечения на наиболее приемлемый в данной клинической ситуации. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур, не указанных в документе.

10. Я обязуюсь не принимать в предоперационном периоде самостоятельно, без согласования с врачом-анестезиологом, медикаментозные препараты.

11. Я согласен (на) и разрешаю проведение мне (моему ребенку) запланированного вида обезболивания/ анестезиологического обеспечения, а также на проведение альтернативных методов обезболивания, если врач анестезиолог-реаниматолог сочтет это необходимым. Я согласен (на) и разрешаю в случае развития опасного для жизни осложнения провести мне (моему ребенку) все необходимые лечебные мероприятия, которые врач анестезиолог-реаниматолог сочтёт необходимыми для улучшения моего состояния (состояния моего ребенка).

12. Информированное добровольное согласие оформляется каждый раз перед оказанием медицинского вмешательства. Я могу отозвать его в любое время до начала анестезии.

13. Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (ФИО гражданина, контактный телефон)

14. Я разрешаю /не разрешаю (*нужное подчеркнуть*) врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

15. Я подтверждаю, что всё вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

_____ (ФИО пациента/законного представителя)

_____ (подпись пациента/законного представителя)

_____ (дата)

Дата « ____ » _____ 20__ г. Время ____ час ____ мин

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

/ _____ /
Расшифровка подписи

Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансного исследования

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____.

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

Я, _____ (ФИО), паспорт: _____,
выдан: _____,
Зарегистрированный/ая по адресу: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России на проведение мне/моему доверителю следующего медицинского вмешательства магнитно-резонансного исследования _____
(наименование исследования)

и подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснено об особенностях проведения указанного исследования:

1. Мне разъяснено, что метод магнитно-резонансной томографии (МРТ) основан на явлении ядерного магнитного резонанса, что позволяет получать томографические медицинские изображения для исследования внутренних органов и тканей без использования рентгеновских лучей или ионизирующего излучения.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских манипуляций может возникнуть необходимость введения контрастного препарата и даю свое согласие на его введение.

2. Я осознаю, что с помощью МРТ исследования нельзя выявить все изменения в органах. Я информирован (а) о том, что врач измеряет и исследует только те структуры, которые перечислены в протоколе МРТ.

3. Я информирован (а) о том, что наличие некоторых особенностей конституции (ожирение), повышенное содержание газов в кишечнике (метеоризм), большое количество оперативных вмешательств в анамнезе, наличие имплантов, снижают диагностические возможности МРТ.

4. Я понимаю, что качество оказанной услуги напрямую зависит от сообщенных сведений врачу (достоверной информации о состоянии моего здоровья). Кроме того, я понимаю, что качество исследования зависит от моей подготовки к некоторым видам исследований (например, перистальтика кишечника, наличие жидкости в полых органах), сообщенное мне накануне.

5. Показания и противопоказания к проведению магнитно-резонансного исследования определяются лечащим врачом и врачом, выполняющим МРТ.

6. Сам по себе процесс МРТ не представляет угрозы для пациента, однако имеются противопоказания к данному методу исследования, о которых я предупрежден, и я поставлен в известность о том, что:

Исследования на магнитно-резонансном томографе противопоказаны при наличии у меня:

- Кардиостимулятора (искусственный водитель ритма) или его провода, так как кардиостимулятор может перейти в асинхронный режим работы под воздействием переменного магнитного поля, что приведет к его остановке и летальному исходу.
- Металлических объектов в области глаз, так как при смещении этих объектов может произойти повреждение глазного яблока.

- Клипс на аневризмах сосудов головного мозга, так как при их смещении может произойти повреждение сосуда и кровотечение.
- МР-несовместимых искусственных сердечных клапанов.
- Нейростимулятора не совместимого с МРТ или его провода.
- Электронных имплантов.
- Инсулиновых или других инфузионных насосов.
- Кохлеарных или других ушных имплантов.

Металлических объектов внутри тела, в том числе МР-несовместимых эндопротезов, хирургических шовных материалов, штифтов, пластин, спиц, болтов.

7. Выполнение МРТ исследования с введением гадолиний содержащих контрастных препаратов может привести к следующим осложнениям: аллергические реакции на лекарственный препарат, интравазация препарата при наличии заболеваний венозной пациента и индивидуальных особенностей организма пациента.

8. Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить свое состояние и предполагаемое исследование. На все вопросы я получил (а) удовлетворяющие ответы.

9. Я сообщил врачу о возможных аллергических реакциях на материалы, используемые при проведении исследования (контрастные препараты).

10. Я должен (а) немедленно сообщить лечащему врачу (врачу, выполняющему МРТ исследование) при появлении следующих симптомов: боль, жжение (при введении контрастных препаратов на основе гадолиния), иных симптомов, вызывающих дискомфорт и беспокойство и не проходящих со временем.

11. Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование), сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

12. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Университетской клиники, наличия у меня перечисленных противопоказаний лечащий врач и врач рентгенолог вправе отказаться от выполнения диагностического исследования моего/представляемого лица.

13. Я осознаю, что у меня есть выбор, выполнять или не выполнять данное диагностическое исследование и я согласен (а) с порядком его предоставления и оплаты указанной услуги.

14. Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

Я разрешаю /не разрешаю(нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача (врача рентгенолога).

(ФИО Пациента/законного представителя)

(подпись Пациента/законного представителя)

(дата)

(должность, ФИО врача)

(подпись Врача)

(дата)

Кратко опишите свои жалобы (характер, момент возникновения, периодичность, выраженность, локализацию, предполагаемые причины; наличие сопутствующих заболеваний, в том числе онкологических)

Жалобы _____

Когда появились жалобы _____

Проведенные ранее оперативные вмешательства _____

Проведенные ранее исследования (КТ, рентген, МРТ, Узи) _____

После проведения исследования я подтверждаю, что мне выдан DVD/CD диск с записью исследования в DICOM формате.

Дата _____ Подпись _____

Информированное добровольное согласие на проведение рентгеновского (рентген, компьютерная томография) исследования

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

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

Я, _____ (ФИО), паспорт: _____,
выдан: _____
Зарегистрированный/ая по адресу: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России на проведение мне/моему доверителю следующего медицинского вмешательства рентгеновского исследования _____
(наименование исследования)

и подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснено об особенностях проведения указанного исследования:

1. Мне разъяснено, что метод рентгеновского / компьютерно томографического исследования основан на способности рентгеновского излучения проникать сквозь различные ткани тела, но по-разному ими поглощаться, создавая «теневое» проекционное изображение на специальной пленке, кассете или цифровом детекторе. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских манипуляций может возникнуть необходимость введения контрастного препарата и даю свое согласие на его введение.

2. Я осознаю, что с помощью рентгеновского/ компьютерно томографического исследования нельзя выявить все изменения в органах. Я информирован (а) о том, что исследование выполняется только в диапазоне, который указан в направлении лечащего врача и исследует только те структуры, которые перечислены в направлении на КТ/рентген.

3. Я информирован (а) о том, что наличие некоторых особенностей конституции (ожирение), повышенное содержание газов в кишечнике (метеоризм), большое количество оперативных вмешательств в анамнезе, импланты, снижают диагностические возможности рентгеновских методов.

4. Я понимаю, что качество оказанной услуги напрямую зависит от сообщенных сведений врачу (достоверной информации о состоянии моего здоровья). Я понимаю, что сравнительный анализ исследований возможен только при предоставлении предыдущих исследований в режиме DICOM (на электронном носителе информации). Кроме того, я понимаю, что качество исследования зависит от моей подготовки к некоторым видам исследований (например, перистальтика кишечника, содержимое кишечника), сообщенное мне накануне.

5. Основными противопоказаниями являются беременность, особенно первый триместр, кормление грудью. Показания и противопоказания к проведению рентгеновского исследования определяются лечащим врачом и врачом, выполняющим рентген/КТ. Я понимаю, что должн(а) сообщить о состоянии своего здоровья

6. Само по себе рентгеновское исследование не представляет угрозы для пациента, однако во время и после выполнения исследования с применением рентгеноконтрастных препаратов могут возникнуть дискомфортные ощущения, аллергические реакции.

7. Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить свое состояние и предполагаемое исследование. На все вопросы я получил (а) удовлетворяющие ответы.

8. Я сообщил врачу о возможных аллергических реакциях на материалы, используемые при проведении исследования (йодсодержащие препараты).

9. Я должен (а) немедленно сообщить лечащему врачу (врачу, выполняющему рентгеновское исследование) при появлении следующих симптомов: боль, жжение (в местах прикладывания, введения датчика), иных симптомов, вызывающих дискомфорт и беспокойство и не проходящих со временем.

10. Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование), сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

11. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Университетской клиники лечащий врач вправе отказаться от выполнения диагностического исследования моего/представляемого лица.

12. Я осознаю, что у меня есть выбор, выполнять или не выполнять данное диагностическое исследование и я согласен (а) с порядком его предоставления и оплаты указанной услуги.

13. Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы лечащего врача (врача, выполняющего диагностическое исследование).

14. Я даю свое согласие на проведение мне рентгеновского/компьютерно томографического исследования _____

указать зону исследования прописью

15. Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем _____ которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я разрешаю /не разрешаю(нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача (врача рентгенолога).

_____ (ФИО Пациента/законного представителя)

_____ (подпись Пациента/законного представителя)

_____ (дата)

_____ (должность, ФИО врача)

_____ (подпись Врача)

_____ (дата)

**Добровольное информированное согласие на проведение сеансов
гипербарической оксигенации (ГБО)**

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан: Я, _____ (ФИО),

паспорт: _____,

выдан: _____,

Зарегистрированный/ая по адресу: _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____.

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в отделении (№ палаты _____)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России на проведение мне сеансов гипербарической оксигенации.

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на проведение сеансов ГБО (гипербарическая оксигенация), направленных на восстановление моего здоровья.

Я подтверждаю, что мне разъяснено действие кислорода под повышенным давлением.

Я проинформирован(а) о том, что:

- все применяемые барокамеры и методы ГБО разрешены к применению в России ;
- назначенная ГБО -терапия может вызвать некоторые побочные реакции ,неудобства, о возможном появлении которых я информирован(а);

если вследствие проведения ГБО возникнет угроза здоровью, сеансы могут быть прекращены по решению врача отделения ГБО с согласованием лечащих врачей (хирурга, терапевта).

В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

Я обязуюсь:

- соблюдать предписанный режим проведения сеансов ГБО ;
- сообщать врачу отделения ГБО обо всех нарушениях в состоянии как во время нахождения в барокамере, так и в промежутках между сеансами;
- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии и делать это незамедлительно (в течении суток),если я считаю, что эти изменения связаны с прохождением сеансов ГБО;
- сообщать врачу отделения ГБО о назначении лечащим врачом дополнительных медикаментозных препаратов во время проведения ГБО -терапии;
- находиться в барокамере совместно с ребенком (недееспособным лицом) при проведении сеансов ГБО по решению врача отделения ГБО.

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я разрешаю /не разрешаю(нужное подчеркнуть)врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Подпись пациента(ки) _____ дата _____

Врач _____ дата _____